

SEPTIÈME CONGRÈS

DE

CHIRURGIE

PARIS — 1893

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

Congrès français de chirurgie. *Procès-verbaux, mémoires et discussions*, publiés sous la direction de MM. S. Pozzi, secrétaire général, et Picqué, secrétaire général adjoint. (7 volumes parus.)

1re session. Paris, avril 1885. 1 vol. in-8, avec figures. . . .	14 fr.
2e session. Paris, octobre 1886. 1 vol. in-8, avec figures. .	14 fr.
3e session. Paris, avril 1888. 1 vol. in-8, avec figures. . .	14 fr.
4e session. Paris, octobre 1889. 1 vol. in-8 avec figures . .	16 fr.
5e session. Paris, avril 1891. 1 vol. in-8 avec figures. . . .	14 fr.
6e session. Paris, mars 1892. 1 vol. in-8 avec figures . . .	16 fr.
7e session, Paris, avril 1893. 1 vol. in-8 avec figures . . .	18 fr.

Coulommiers. — Imprimerie Paul BRODARD.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 26 AOUT 1893

SEPTIÈME CONGRÈS

DE

CHIRURGIE

PARIS, 1893

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. S. POZZI

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

Publiés sous la direction
de M. le Dr L. PICQUÉ, Secrétaire général adjoint.

Avec 38 figures dans le texte.

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1893

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

7e CONGRÈS — PARIS, 1893

(du 3 au 8 avril).

MEMBRES FONDATEURS DÉCÉDÉS

CAZIN, chirurgien en chef de l'hôpital. — Berck-sur-Mer.
DAVID (Th.). Directeur de l'école dentaire. — Paris.
DUMÉNIL, Professeur à l'École de médecine. — Rouen.
PERRIN (Maurice), membre de l'Académie de médecine, directeur du Val-de-Grâce. — Paris.
TRÉLAT (Ulysse), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. — Paris.
HORTELOUP, chirurgien de l'hôpital Necker. — Paris.

LISTE GÉNÉRALE DES MEMBRES

inscrits pour le 7e congrès.

Membres fondateurs :

MM.

ABADIE (Charles), anc. Int. des hôp., 9, rue Volney. — Paris.
ANGULO (Raphaël), 45, rue de Courcelles. — Paris.
ARAGON (H.), Méd.-Major au 96e rég. d'infant., 71, cours Gambetta. — Lyon — (*Armée*).
AZAM, Prof. à la Fac. de méd., 14, rue Vital-Carles. — Bordeaux.
BOECKEL (Eugène), ancien Professeur, Chir. de l'hôpital, 2, quai Saint-Thomas. — Strasbourg (Alsace).
BOECKEL (Jules), Corresp. de la Soc. de chirurg., 2, place de l'Hôpital. — Strasbourg (Alsace).
BOUILLY, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 32, avenue Montaigne. — Paris.
CASUSO (Gabriel), Prof. — La Havane (Cuba).
CAUCHOIS, Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, 22, rue du Contrat-Social. — Rouen.

+ Cerné, Prof. de clin. chir. à l'École de méd., Chir. de l'Hôtel-Dieu, 24, rue St-Patrice. — Rouen.

Chénieux, Prof. à l'École de méd., 10, rue Petiniaud-Beaupeyrot. — Limoges.

Combalat, Prof. de clin. chir., Chir. des hôp., Membre corresp. de la Soc. de chirurgie. — Marseille.

Cusset (J.), Ex-Chef de clin. chir., 16, rue Terme. — Lyon.

Decès, Prof. à l'Éc. de méd., 70, rue Chanzy. — Reims.

Dejace (Léopold). — Flemalle-Grande, près de Liège (Belgique).

Delore, Prof. adj. à la Fac. de méd., Ex-Chir.-Major de la Charité, 31, place Bellecour. — Lyon.

Demons, Prof. à la Fac. de méd., 18, cours du Jardin public. — Bordeaux.

Doyen (E.), Prof. supplé. à l'École de méd., 5, rue Cotta. — Reims.

Duplay (Simon), Prof. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. de la Charité, 2, rue de Penthièvre. — Paris.

Ehrmann (J.), Corresp. de l'Acad. de méd. et de la Soc. de chirurgie. — Mulhouse (Alsace).

Galezowski, 103, boul. Haussmann. — Paris.

Gross, Prof. à la Fac. de méd., 25, quai Isabey. — Nancy.

Guelliot (Oct.), Chir. suppl. de l'Hôtel-Dieu, 9, rue du Marc. — Reims.

Guérin (Alphonse), membre de l'Acad. de méd., Chir. honor. des hôp., 11 *bis*, rue Jean-Goujon. — Paris.

Guerlain, Chir. en chef de l'Hôp. — Boulogne-sur-Mer.

Guyon (F.), Membre de l'Institut, Prof. à la Fac. de méd., Chir. de l'hôp. Necker, 11 *bis*, rue Roquépine. — Paris.

Heydenreich, Doyen de la Fac. de méd., 48, rue Gambetta. — Nancy.

Jacobs (Charles), Agr. de l'Université, 12, rue des Petits-Carmes. — Bruxelles (Belgique).

Julliard (G.), Professeur à l'Université, 2, boul. du Théâtre. — Genève (Suisse).

Kœberlé, Prof. à l'ancienne Faculté de médecine. — Strasbourg (Alsace).

Labbé (Léon), Prof. agr. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 117, boul. Haussmann. — Paris.

Lacaze, anc. Int. des hôp. de Paris. — Montauban.

Lannelongue, Prof. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 3, rue François Ier. — Paris.

Larrey (Bon), Prof. agr. à la Fac. de méd., Membre de l'Institut et de l'Acad. de méd., 91, rue de Lille. — Paris — (*Armée*).

Le Dentu, Prof. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 91, boul. Haussmann. — Paris.

Leroux, Chir. de l'hôp., 3, av. de Saint-Cloud. — Versailles.

Malherbe (Albert), Prof. à l'Éc. de méd., 12, rue Cassini. — Nantes.

Martel, Corresp. de la Soc. de chir. — Saint-Malo.

Martin (Édouard). — Genève (Suisse).

Maunoury, Chir. de l'Hôtel-Dieu. — Chartres.

Monod (Charles), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 12, rue Cambacérès. — Paris.

Montaz (Léon), Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, Prof. à l'Ec. de méd., 17, pl. de la Constitution. — Grenoble.
Nicaise, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 37, boul. Malesherbes. — Paris.
Ollier, Prof. à la Fac. de méd., Corresp. de l'Institut, 3, quai de la Charité. — Lyon.
Pamard, Corresp. de l'Ac. de méd., Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu. — Avignon.
Panas, Prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., Chir. de l'Hôtel-Dieu, 17, rue du Général-Foy. — Paris.
Paquelin, 12, place Vendôme. — Paris.
Péan, Chir. honor. des hôp., Membre de l'Acad. de méd., 24, boulevard Malesherbes. — Paris.
Polaillon, Prof. agr. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 229, boul. Saint-Germain. — Paris.
Pozzi (Samuel), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôpitaux, 10, place Vendôme. — Paris.
Reliquet, 39, rue de Surène. — Paris.
Reverdin (Jaques-L.), Prof. à l'Université, Membre associé étranger de la Soc. de chir., 43, rue du Rhône. — Genève.
Satre. — Grenoble.
Saxtorph, Prof. de clin. chir. à l'Univ. — Copenhague (Danemark).
Socin (A.), Prof. de Clin. chir., Chir. en chef de l'hôp. — Bâle (Suisse).
Tedenat, Prof. à la Fac. de méd., 20, rue Jacques-Cœur. — Montpellier.
Terrillon, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 36, rue du Général-Foy. — Paris.
Thiriar (J.), Prof. de clin. chir. à l'Université, Chir. à l'hôp. Saint-Pierre, 4, rue d'Egmont. — Bruxelles (Belgique).
Thomas (Louis), Prof. à l'Éc. de méd., Chir. en chef de l'hôp., 19, boul. Heurteloup. — Tours.
Verneuil, Prof. hon. à la Fac. de méd., Membre de l'Institut et de l'Acad. de méd., Chir. hon. des hôp., 11, boul. du Palais. — Paris.

Membres à vie :

Broca (Auguste), Chir. des hôp., 9, rue de Lille. — Paris.
Calot, Chir. en chef de l'hôp. Rothschild. — Berck-sur-Mer.
Delagenière (Henri), anc. Int. des hôp. de Paris, 16, rue de la Préfecture. — Le Mans.
Delagenière (Paul), Anc. int. des hôp. de Paris, anc. aide d'anat. à la Fac. de méd. de Paris, 6, rue du Général-Jameron. — Tours.
Hartmann, Chir. des hôp., 67, rue de Rome. — Paris.
Monnier, Chir. de l'hôp. Saint-Joseph, 76 *bis*, rue des Sts-Pères. — Paris.
Reclus (Paul), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 9, rue des Sts-Pères. — Paris.
Segond (Paul), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 11, quai d'Orsay. — Paris.
Tachard, Méd. princ., 30, rue Ingres. — Montauban — (*Armée*).
Toison (J.), Prof. suppl. à la Fac. libre de Lille, 11, rue du Clocher-Saint-Pierre. — Douai.

Membres titulaires :

AALBERSBERG, Laan Copes, 36. — La Haye (Hollande).
ACCOLAS, 3, rue du Bel-Air. — Laval — (*Armée*).
ADENOT, Monit. à la clin. chir. de la Fac. de méd. — Lyon.
ALBARRAN (J.), Prof. agr. à la Fac. de méd., 63, rue de Varenne. — Paris.
ANGER (Benj.), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 46, boul. Haussmann. — Paris.
ANGER (Th.), Chir. des hôp., 105, boul. Haussmann. — Paris.
APOSTOLI, 5, rue Molière. — Paris.
AUDRY (Charles), chargé de la clin. de dermat. et de syphiliogr. à la Fac. de méd., 8, boul. de Strasbourg. — Toulouse.
AUFFRET, anc. Prof. de clin. chirurg., membre du conseil supér. de santé de la marine, directeur du service de santé, au port. — Rochefort-sur-Mer.
BAUDON, Corresp. de la Soc. de chir., 5, rue Emma. — Nice.
BAUDOUIN (Marcel), anc. Int. des hôp., Réd. en chef des *Archives provinc. de Chirurgie*, 14, boul. St-Germain. — Paris.
BAUDRY (S.), Prof. à la Fac. de méd., 14, rue Jacquemars-Giélée. — Lille.
BAUMGARTEN (S.), 22, boul. de Thérèse. — Budapest (Autriche-Hongrie).
BAZY, Chir. des hôp., 21, rue d'Antin. — Paris.
BÉGOUNE (L.), de Cherson (Russie), 1, avenue de la gare. — Lausanne (Suisse).
BELLANGER, Anc. int. des hôp. de Paris. — Vannes.
BELLATI (Bartolomeo), Chir. en chef de l'hôp. civil. — Feltre (Italie).
BENDTSEN (Paul), Int. des hôp. — Copenhague (Danemark).
BERGER (Paul), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 16, rue de Bourgogne. — Paris.
BERGONIÉ, Prof. à la Fac. de méd., chargé du serv. électro-thérap., 6 *bis*, rue du Temple. — Bordeaux.
BERLIN, 2, place Masséna. — Nice.
BERRUT, 151, rue de Grenelle. — Paris.
BERTHOMIER, 12, rue Ledru-Rollin. — Moulins.
BEURNIER, ancien Chef de clin. chirurg., 29, rue des Pyramides. — Paris.
BILHAUT, 5, avenue de l'Opéra. — Paris.
BLOCH (Oscar), Chir. de Frederiks Hospital, Prof. de clin. chir. à l'Univ. — Copenhague (Danemark).
BOIFFIN, anc. Prosect. de la Fac. de Paris, Prof. supp. de clin. chir. à l'Éc. de méd., Chir. suppl. des hôp., 1, rue Gresset. — Nantes.
BOISLEUX, 58, rue de l'Arcade. — Paris.
BONMARIAGE, 43, rue des Fossés-aux-Loups. — Bruxelles (Belgique).
BORIES, anc. Méd.-Maj. de l'armée. — Montauban.
BOUCHEZ, Méd. en chef de l'hôp. milit. — Rouen — (*Armée*).
BOURSIER, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 7, rue Thiac. — Bordeaux.
BOUSQUET, Prof. à l'Éc. de méd., membre corresp. de la Soc. de chir. — Clermont-Ferrand.
BOUTARESCO, Chir. en chef de l'hôpital, 1, rue Sipovénilor. — Braïla (Roumanie).

Broussin, anc. Int. des hôp., 44, rue de la Pompe. — Versailles.
Broussolle, anc. Int. des hôp. de Paris, Prof. supp. à l'Éc. de méd., 121, rue J.-J. Rousseau. — Dijon.
Brucn, Prof. à l'Éc. de méd. — Alger.
Brun, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 20, rue de Madrid. — Paris.
Buffet, Chir. en chef de l'hôp. — Elbeuf.
Campenon, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 52, rue des Saints-Pères. — Paris.
Carle (Antonio), Chir. en chef de l'hôp. Mauriziano Umberto I, 17, Corso Umberto I. — Turin (Italie).
Carlier, Prof. agr. à la Faculté de méd., 102, rue de l'Hôp.-Milit. — Lille.
Cassin, Chir. de l'hôp. Sainte-Marthe, 15, pl. du Palais. — Avignon.
Castex (André), anc. Chef de clin. à la Fac. de méd., 3, avenue de Messine. — Paris.
Cavaillon. — Carpentras.
Cayla (André). — Bergerac.
Ceci (Antonio), Dir. de la clin. chirurg. propédeutique à l'Université. — Gênes (Italie).
Chabrié (Camille), Chef du labor. de chimie de la Clin. des voies urin., à l'hôp. Necker, 9, avenue de Saxe. — Paris.
Chalot (V.), Prof. de clin. chir. à la Fac. de méd., Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, 2, rue Cantegril. — Toulouse.
Chantre (E.), Monit. de clin. à la Fac. de méd., 15, quai de l'Est. — Lyon.
Chapplain, Directeur de l'Éc. de méd. — Marseille.
Chaput, Chir. des hôp., 30, rue du Bac. — Paris.
Charvot, Méd. princ. de 2e classe, prof. agr. au Val-de-Grâce, méd. en chef de l'hôp. milit. — Constantine — (*Armée*).
Chauvel, membre de l'Acad. de méd., Méd. princ. de 1re classe, attaché au service de la place, 12, rue Jacob. — Paris — (*Armée*).
Chavasse, Méd. en chef de l'hôp. milit. — Laghouat — (*Armée*).
Chervin, Dir. de l'Instit. des bègues, 82, avenue Victor-Hugo. — Paris.
Chipault, anc. Int. des hôp. de Paris, Chirurg. en chef de l'Hôtel-Dieu. — Orléans.
Civel (V.), Anc. int. des hôp. de Paris, 6, rue de la Mairie. — Brest.
Clado, anc. Chef de clin. à la Fac. de méd., 5, rue du Commandant-Rivière. — Paris.
Clément, anc. Int. des hôp. de Paris, 3, pl. Saint-Pierre. — Avignon.
Combe, 87, boul. Haussmann. — Paris.
Condamin, Prof. agr. à la Fac. de méd., 1, rue du Plat. — Lyon.
Cottin, prof. suppl. à l'Éc. de méd., rue Vauban. — Dijon.
Coudray, anc. Int. des hôp., 29, rue de l'Arcade. — Paris.
Courtin (J.), Chir. des hôp., 70, cours d'Alsace-Lorraine. — Bordeaux.
Crimail, Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, 32, rue de Gisors. — Pontoise.
Damalix, anc. Int. des hôp. de Paris, 11, rue des Épinettes. — Saint-Maurice.
Danion, 12, pl. Delaborde. — Paris.
Debaisieux, Prof. à l'Univ. — Louvain (Belgique).
Deffaux, anc. Int. des hôp., 25, boul. Saint-Michel. — Paris.

Debenne, 34, rue de Berlin. — Paris.
Delbet (Pierre), Prof. agr. à la Fac. de méd., chir. des hôp., 24, rue du Bac. — Paris.
Delmas (Paul), Insp. du serv. hydroth. à l'hôp. St-André, méd. princ. de l'Inst. hydroth. de Longchamp, 6, place Longchamp. — Bordeaux.
Delorme (E.), méd. princ., Prof. au Val-de-Grâce, 121 *bis*, rue N.-D.-des-Champs. — Paris — (*Armée*).
Demosthène, Prof. à la Fac. de méd., 74 *bis*, rue Plevna. — Bucarest (Roumanie).
Depage, rue de l'Esplanade. — Bruxelles (Belgique).
Descamps, 6, rue des Telliers. — Mons (Belgique).
Deschamps, Chir. adj. à l'hôp. des Anglais, 38, rue des Clarisses. — Liège (Belgique).
Desguin (Léon), 39, rue Léopold. — Anvers (Belgique).
Desnos (Ernest), anc. Int. des hôp., 31, rue de Rome. — Paris.
Dewandre, rue du Ciel. — Anvers (Belgique).
Dezanneau, Prof. à l'Éc. de méd., Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu. — Angers.
Djemil-Bey, Prof. agr. à la clin. chir. de la Fac. de méd. — Constantinople (Turquie).
Doléris, Accouch. des hôp., 74, rue de Miromesnil. — Paris.
Dor (Louis), Ex-int. des hôp., chef du labor. de clin. chir., sous-dir. du bureau d'hygiène, 55, montée de la Boucle. — Lyon.
Dransart, anc. Int. des hôp. de Paris. — Somain.
Dubar, Prof. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 84, rue de Tournai. — Lille.
Dubois, Méd. en chef de l'hôp. milit. — Cambrai — (*Armée*).
Dubourg, Chir. de l'hôp. Saint-André. — Bordeaux.
Duchamp (V.), Prof. agr. à la Fac. de méd. de Lyon, chir. de l'Hôtel-Dieu, 3, rue de la Loire. — Saint-Étienne.
Duchastelet, 11 *bis*, rue Portalis. — Paris.
Dudon (E.), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. de l'hôp. Saint-André, 3, rue Duplessis. — Bordeaux.
Dunschmann, 23, Frankenstrasse. — Wiesbaden (Allemagne).
Dupau, Chir. des hôp., 1, Jardin-Royal. — Toulouse.
Duplouy, Dir. du serv. de santé de la marine en retraite, anc. Prof. à l'Éc. de méd., Membre corresp. de l'Acad. de méd., rue des Fonderies. — Rochefort-sur-Mer — (*Marine*).
Dupont, Ex.-Chir. en chef de l'hôp. cantonal, 12, pl. Saint-François. — Lausanne (Suisse).
Duret (H.), Prof. à la Fac. libre de méd., 99, boul. Vauban. — Lille.
Duval (E.), Méd. de 1re classe de la marine, Prof. à l'Éc. princ. de méd. navale, 32, rue de la Teste. — Bordeaux — (*Marine*).
Estor, Prof. agr. à la Fac. de méd., 6, plan du Palais. — Montpellier.
Eyquem. — Saint-Médard-en-Salles.
Farkas (L.), Budapest (Autriche-Hongrie).
Félix, Méd. honor. de la maison de S. M. le Roi des Belges, Chir. et admin. de l'hospice Sainte-Gertrude, 22, rue Marie-de-Bourgogne. — Bruxelles (Belgique).

FERRON, Méd. princ. à l'hôp. militaire. — Bordeaux — (*Armée*).
FÉVRIER, Méd.-maj. prof. agr. à la Fac. de méd., 68, rue Charles III. — Nancy (*Armée*).
FOCHIER, Prof. de Clin. obstétr. à la Fac. de méd., 3, place Bellecour. — Lyon.
FOLET, Prof. à la Fac. de méd., 76, rue de la Liberté. — Lille.
FONTAN, Prof. à l'Éc. de méd. navale, 2, rue de l'Intendance. — Toulon — (*Marine*).
FONTORBE, Prof. de Clin. à l'Éc. de méd. navale. — Rochefort-sur-Mer — (*Marine*).
FORGUE, Prof. à la Fac. de méd. — Montpellier.
FOUQUET, chir. en chef de l'hôp. — Vannes.
GANGOLPHE (Michel), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. de l'Hôtel-Dieu, 81, avenue de la République. — Lyon.
GAUTREY, 7, boul. de la Pyramide. — Clermont-Ferrand.
GAYET, Prof. à la Fac. de méd. — Lyon.
GIRARD, Chir. en chef à l'hôp. de l'Isle. — Berne (Suisse).
GIRARD, anc. Int. des hôp. de Paris, Prof. à l'Éc. de méd., Chir. en chef honor. de l'hôp. — Grenoble.
GOGUEL, 2, rue Pasquier. — Paris.
GOULLIOUD (P.), 7, quai Tilsitt. — Lyon.
GRIPAT, anc. Int. des hôp. de Paris, rue de l'Aubière. — Angers.
GRIZOU, Chir. de l'Hôtel-Dieu. — Châlons-sur-Marne.
GRYNFELT, Prof. à la Fac. de méd., 8, place Saint-Côme. — Montpellier.
GUERMONPREZ, membre corresp. de la Soc. de chir., 132, rue Nationale. — Lille.
GUILLET, anc. Interne des hôp. de Paris, Prof. à l'École de médecine, 10, rue des Bernières. — Caen.
GUINARD (Aimé), Chir. des hôp., 20, rue Godot-de-Mauroy. — Paris.
HALLÉ (Noël), anc. Int. des hôp., 11 *bis*, rue de la Planche. — Paris.
HAMON DU FOUGERAY, anc. Méd. de la marine, 6, quai Amiral-Lalande. — Le Mans.
HARRISON (Reginald), Chir. de l'hôp. St Peter, 6, Lower Berkeley Street. — Londres, W. (Angleterre).
HEURTAUX, Prof. à l'Éc. de méd., 2, rue Newton. — Nantes.
HICGUET, Chir. en chef de l'hôpital. — Liège (Belgique).
HOLME (Waldemar), Int. des hôp., 33, Vandersgade. — Copenhague (Danemark).
HOUZEL, Membre corresp. de la Soc. de chir., 8, rue des Vieillards. — Boulogne-sur-Mer.
HUBERT, anc. Int. des hôp., 8, rue de Castellane. — Paris.
HUE (François), Chir. de l'hosp. génér., prof. suppl. à l'Éc. de méd., 48, rue aux Ours. — Rouen.
HUE (JUDES), Corresp. de la Soc. de chir., 15, place Jeanne-d'Arc. — Rouen.
HUGUET (J.-J.-A.), Méd. aide-major de 1re cl. à l'École spéciale milit. — Saint-Cyr — (*Armée*).
INGLESSIS, 36, Cours Pierre-Puget. — Marseille.
ISCOVESCO (U.), anc. Int. des hôp., 114, rue de la Boétie. — Paris.

Jaboulay, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir.-maj. désigné de l'Hôtel-Dieu. — Lyon.

Jalaguier, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 25, rue Lavoisier. — Paris.

Janet (Jules), 4, rue Tronchet. — Paris.

Jeannel, Prof. de clin. chir. à la Fac. de méd. — Toulouse.

Jobard. — Wassy.

Jullien (L.), anc. Agr. de la Fac. de Nancy, Chir. de Saint-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin. — Paris.

Keiffer, 13, rue de Loxum. — Bruxelles (Belgique).

Kirmisson, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 27, quai d'Orsay. — Paris.

Labéda, Prof. à la Fac. de méd. — Toulouse.

Lagrange (Félix), Prof. agr. à la Fac. de méd., 11, cours du 30-Juillet. — Bordeaux.

Lancial, Anc. chef de clin. chirurg. à la Fac. de Lille. — Arras.

Landolt, 4, rue Volney. — Paris.

Landowski (Paul), 36, rue Blanche. — Paris.

Lanelongue, Prof. à la Fac. de méd., 24, rue du Temple. — Bordeaux.

Larabrie (de), Prof. suppl. à l'Éc. de méd., 32, rue de Gigant. — Nantes.

Largeau, anc. Int. des hôp. de Paris, membre corresp. de la Soc. de chir., 15, rue de la Motte-du-Pin. — Niort.

Larger, Corresp. de la Soc. de chir. — Maisons-Laffitte.

Laroyenne, Prof. à la Fac. de méd., 16, rue Blossac. — Lyon-Bellecour.

Larrivé, 5, pl. de Rennes. — Paris.

Lavaux, anc. Int. des hôp., 17, rue Godot-de-Mauroi. — Paris.

Lavisé, Chir. des hôp., 9, rue des Deux-Églises. — Bruxelles (Belgique).

Lebec, Chir. de l'hôp. St-Joseph, 97, rue du Bac. — Paris.

Le Blond (A.), Méd. de Saint-Lazare, 53, rue d'Hauteville. — Paris.

Leclerc (R.), anc. Int. des hôp. de Paris, 1, rue du Château. — Saint-Lô.

Le Diberder, anc. int. des hôp. de Paris, 3, rue Poissonnière. — Lorient.

Ledru, Dir. de l'Éc. de méd., 47, cours Sablon. — Clermont-Ferrand.

Le Fort, Membre de l'Acad. de méd., prof. à la Fac. de méd., chir. des hôp., 96, rue de la Victoire. — Paris.

Legueu, anc. Int. des hôp., Prosecteur à la Fac. de méd., 151 bis, rue de Rennes. — Paris.

Lejars (Félix), Prof. agr. à la Fac. de méd., chir. des hôp., 75, rue Miroménil. — Paris.

Lemaitre (Justin), Prof. à l'Éc. de méd., 6, rue des Feuillants. — Limoges.

Lenger, Chir. adj. de l'hôp. — Liège (Belgique).

Lentz, Chir. des hôp. civils. — Metz (Lorraine).

Leonte, Chir. des hôp. — Bucarest (Roumanie).

Leriche, 20, avenue de la Gare. — Nice.

Leroy des Barres (Alex.), Chir. de l'hôp. — Saint-Denis.

Le Roy (Jorge), 23, avenue Hoche. — Paris.

Levrat, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. de la Charité, 12, pl. Morand. — Lyon.

Loyson, chef de clin. chir. à la Fac. de méd. — Lyon.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (Just), Chir. des hôp., 3, avenue Montaigne. — Paris.
MABBOUX, Lauréat de la Soc. de chir., méd. consult., avenue de la Gare. — Contrexéville.
MALÉCOT, anc. Int. des hôp., 16, rue Daunou. — Paris.
MALLY (F.), 174, boul. Pereire. — Paris.
MARCHAND (Alfred), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 67, boulevard Malesherbes. — Paris.
MARCHANT (Gérard), Chir. des hôp., 66, rue de Rennes. — Paris.
MARCORELLES (J.), Chir. en chef des hôp., Prof. suppl. à l'École de méd., 18, rue Armény. — Marseille.
MARITAN, 51, boul. du Chapitre. — Marseille.
MARLIER. — Bruyères.
MASSE, Prof. à la Fac. de méd., 22, rue du Manège. — Bordeaux.
MASSOT (Joseph), anc. Int. des hôp. de Lyon, Chir. en chef de l'hosp. civil Saint-Jean, place d'Armes. — Perpignan.
MAUNY, anc. Int. des hôp. de Paris. — Saintes.
MÉNARD, Chir. en chef de l'hôp. marit. — Berck-sur-Mer.
MÉTAXAS-ZANI (L.), anc. Int. des hôp. de Paris, anc. aide d'anat. à la Fac. de méd., 95, rue de Rome. — Marseille.
MICHAUX, Chir. des hôp., 70, rue de Rennes. — Paris.
MIROVITCH, 10, rue Montmartre. — Paris.
MONDAN, Chef du labor. de la clin. chirurg., 27, rue Jarente. — Lyon.
MONOD (Eugène), Chir. des hôp., 19, rue Vauban. — Bordeaux.
MONPROFIT, Prof. suppl. à l'École de méd., 5, rue de la Préfecture. — Angers.
MONTEILS, Chir. en chef de l'hôp. — Mende.
MOTY, Prof. agr. à l'École du Val-de-Grâce, 223, boul. Raspail. — Paris — (*Armée*).
MOULONGUET, Prof. à l'Éc. de méd., anc. int. des hôp. de Paris, chir. des hôp. — Amiens.
MOURE (E.-J.), chargé du cours de laryngologie, d'otologie et de rhinologie à la Fac. de méd. — Bordeaux.
MOUREAU, Chir. de l'hôp. des Enfants. — Anvers (Belgique).
NANU, 27, Strada Polona. — Bucharest (Roumanie).
NÉLATON (Charles), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 368, rue Saint-Honoré. — Paris.
NEPVEU, Prof. à l'École de méd., Membre de la Soc. de chir. — Marseille.
NIGRISOLI (Bartolo), Chir. en chef de l'hôp. de la ville. — Ravenne (Italie).
NIMIER, méd.-major, Prof. agr. au Val-de-Grâce, 91, rue de Rennes. — Paris — (*Armée*).
OVION, anc. Int. des hôp. de Paris. — Boulogne-sur-Mer.
OZENNE, chir. adj. de l'infirmerie Saint-Lazare, 67, rue de la Victoire. — Paris.
PANNÉ, anc. Int. des hôp. de Paris., Chir. en chef de l'hôp., 13, rue des Récollets. — Nevers.
PAWLICH. — Prague (Autriche-Hongrie).
PÉRAIRE, anc. Int. des hôp., 26, rue de Penthièvre. — Paris.
PÉRIER, Prof. agr. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 9, rue Boissy-d'Anglas — Paris.

PETEL, Chir. en chef à l'Hôtel-Dieu, 20, rue Thiers. — Rouen.
PETIT (A.), Méd.-maj. au 27e dragons. — Paris — (*Armée*).
PETIT (L.-H.), Biblioth. adj. à la Fac. de méd., 76, rue de Seine. — Paris.
PEUGNIEZ, Prof. de clin. chir. à l'Éc. de méd. — Amiens.
PEYNAUD. — Arès.
PEYRAUD, Chir. honor. de l'hôp. — Libourne.
PEYROT, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 33, rue Lafayette. — Paris.
PEZZER (de), rue Saint-Florentin, 8. — Paris.
PHOCAS, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. de l'hôp. St-Sauveur, 8, rue des Pyramides. — Lille.
PICQUÉ, Chir. des hôp., 8, rue de l'Isly. — Paris.
PIÉCHAUD, Prof. de clin. chirurg. à la Fac. de méd., rue Porte-Dijeaux. — Bordeaux.
POIRIER, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chef des trav. anat., Chir. des hôp., 7, rue de l'Ecole-de-Médecine. — Paris.
POISSON, anc. Int. des hôp. de Paris, Prof. suppl. à l'Éc. de méd., 12, rue Lafayette. — Nantes.
POLLOSSON (Maurice), Chir. de l'Hôtel-Dieu, Prof. agr. à la Fac. de méd., 16, rue des Archers. — Lyon.
PONCET (A.), Prof. à la Fac. de méd., Chir. de l'Hôtel-Dieu, place de l'Hôtel-Dieu. — Lyon.
PONCET (F.)., Chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, 2, rue Desbret. — Vichy.
POPELIN, 14, rue Vieille-Halle-aux-Blés. — Bruxelles (Belgique).
PORSON (L.), 2, place St-Pierre. — Nantes.
POTHERAT, Chir. des hôp., 35, rue Barbet-de-Jouy. — Paris.
POUSSON (Alfred), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 9, rue Vital-Carles. — Bordeaux.
QUEIREL, Chir. des hôp., 5, rue Saint-Jacques. — Marseille.
QUÉNU, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 41, boulevard Haussmann. — Paris.
RACOVICCEANO, Pitesti. — (Roumanie).
REBLAUB (Th.), anc. Int. des hôp., 29, rue des Mathurins. — Paris.
REBOUL (J.), anc. Int. des hôp. de Paris, 75, rue St-Jacques. — Marseille.
RÉCAMIER, anc. Int. des hôp., 1, rue du Regard. — Paris.
REDARD (Paul), anc. Int. des hôp., Chir. en chef du Dispensaire Furtado-Heine, 3, rue de Turin. — Paris.
REDARD (Camille), Prof. de clinique à l'École dentaire, 14, rue du Mont-Blanc. — Genève (Suisse).
REGNIER (L.-R.), anc. Int. des hôp., 196, rue de Rivoli. — Paris.
RÈME. — Montrejeau.
RÉMY, Prof. agr. à la Fac. de méd., 46, rue de Londres. — Paris.
REVERDIN (Aug.), Membre corresp. de la Soc. de chir., 15, rue du Général-Dufour. — Genève (Suisse).
REYNIER (P.), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 12 *bis*, place Delaborde — Paris.
RICARD, Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 5, boul. du Palais. — Paris.

Richelot (Gustave), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 32, rue de Penthièvre. — Paris.

Robert (A.), Méd. princ. de l'armée, Prof. à l'Éc. du Val-de-Grâce, 330, rue St-Jacques. — Paris — (*Armée*).

Robin (V.), 88, rue de l'Hôtel-de-Ville. — Lyon.

Rochard (Jules), anc. Président du Conseil supérieur de santé de la marine, Membre de l'Acad. de méd., 4, rue du Cirque. — Paris.

Rochet (Victor), Prof. agr. à la Faculté, chir.-major (désigné) de l'Antiquaille, 8, rue de la Barre. — Lyon.

Rogée (Léonce), Méd. de l'hôp. — St-Jean-d'Angély.

Rohmer, Prof. agr. à la Fac. de méd., 58, rue des Ponts. — Nancy.

Rollet fils (Étienne), Prof. agr. à la Fac. de méd., 10, rue des Archers. — Lyon.

Romniceano (Gr.), Chir. en chef de l'hôp. des enfants, Doyen de la Fac. de méd., membre corresp. de la Soc. de chir., rue Scaune. — Bucarest (Roumanie).

Rouffart (E.), Prof. de clin. gynécol. à l'Univ., chef de serv. à l'hôp. St-Jean, 9, boul. du Régent, Porte de Namur. — Bruxelles (Belgique).

Routier (Arnaud), Chir. des hôp., 12, rue Marbeuf. — Paris.

Roux, Prof. de clin. chir. à l'Univ., 1, avenue de la Gare. — Lausanne (Suisse).

Rouxeau, anc. Int. des hôp. de Paris, prof. suppl. à l'Éc. de méd., 4, rue de l'Héronnière. — Nantes.

Ruault, Méd. adjoint des sourds-muets, 3, rue des Pyramides. — Paris.

Sanchez-Toledo, Préparat. à la Fac. de méd., 41, avenue du bois de Boulogne. — Paris.

Schwartz (Ed.), Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 122, boul. Saint-Germain. — Paris.

Sée (Marc), Prof. agr. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 126, boul. Saint-Germain. — Paris.

Serres (L.), anc. Int. des hôp. de Paris. — Auch.

Severeano, Prof. à la Fac. de méd. — Bucarest (Roumanie).

Suarez de Mendoza, 19, rue Paul-Bert. — Angers.

Taldwell (W.-S.), méd. de l'hôp. Saint-François. — Freeport (Illinois, États-Unis).

Témoin, anc. Int. des hôp. de Paris, chir. en chef de l'Hôtel-Dieu, 30, rue des Arènes. — Bourges.

Terrier (Félix), Prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad., Chir. des hôp., 3, rue de Copenhague. — Paris.

Tilanus (J.-W.-R.), Prof. à la Fac. de méd. — Amsterdam (Pays-Bas).

Tillaux (P.), Prof. à la Fac. de méd., Membre de l'Acad. de méd., Chir. des hôp., 189, boul. Saint-Germain. — Paris.

Timmermans, 75, rue de la Boétie. — Paris.

Tornu (Enrique), délégué du cercle méd. Argentin. — Buénos-Aires (Républ. Argentine).

Tourette (Gilles de la), méd. des hôp. 14, rue de Beaune. — Paris.

Tournay (G.), chef de serv. et prof. d'accouch. à la Maternité, 28 *a*, boul. de Waterloo. — Bruxelles (Belgique).

Tuffier. Prof. agr. à la Fac. de méd., Chir. des hôp., 110, rue de la Boétie. — Paris.
Tuloup (Gaspard). — Digoin.
Vacher (Louis), 3, rue Sainte-Anne. — Orléans.
Vautrin (A.), Prof. agr. à la Fac. de méd., 45, cours Léopold. — Nancy.
Van Stockum (W.-J.), Chef de clin. au serv. chirurg. de l'Université. — Leyde (Hollande).
Vaslin, anc. Int. des hôp. de Paris. — Angers.
Verchère (F.), Chir. de Saint-Lazare, ancien Chef de clin. chirurg. à la Fac. de méd., 101, rue du Bac. — Paris.
Verron. — Épernay.
Versepuy, 38, rue de Paris. — Chevreuse.
Vieusse, Prof. agr. à la Fac. de méd. de Toulouse, Méd. de l'hôp. milit. — Perpignan — (*Armée*).
Vignard, anc. Int. des hôp. de Paris, 18, passage Saint-Yves. — Nantes.
Vigneron (Eug.), anc. Int. des hôp. de Paris, 9, allées des Capucines. — Marseille.
Villar (Francis), Prof. agr. à la Fac. de méd., 9, rue Castillon. — Bordeaux.
Villeneuve, Prof. à l'Éc. de méd., Chir. des hôp , Membre corresp. de la Soc. de chirurgie, 23, rue de Breteuil. — Marseille.
Vincent (E.), Chir. de la Charité, 5, place de la Charité. — Lyon.
Vivent. — Beaumont-de-Lomagne.
Vulliet, Prof. à l'Univ., 7, quai du Mont-Blanc. — Genève (Suisse).
Walther, Chir. des hôp., 1, rue de l'Université. — Paris.
Warnots (Léo), Prof. de méd. opér. à l'Univ., 58, boul. de Waterloo. — Bruxelles (Belgique).
Wassermann (Melville), de New-York, 110, boul. Haussmann. — Paris.
Weiss, Prof. à la Fac. de méd., 53, rue Stanislas. — Nancy.
Willems (Ch.), Prof. agr. à l'Univ., 30, rue Longue-des-Pierres. — Gand (Belgique).
Yvonneau. — Blois.
Zancarol (G.), Médecin en chef de l'hôp. grec. — Alexandrie (Egypte).

DÉCRET DE RECONNAISSANCE COMME ÉTABLISSEMENT D'UTILITÉ PUBLIQUE

Le Président de la République Française

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes :

Vu la demande formée par le **Congrès français de Chirurgie** *à l'effet d'être reconnu comme établissement d'utilité publique ;*

Vu les statuts de cette association ;

Vu l'extrait du Procès-Verbal de la séance tenue le 23 avril 1892 par l'Assemblée générale du **Congrès français de Chirurgie** ;

Vu l'état de la situation financière :

Vu l'arrêté pris par le Préfet de Police, le 30 mai 1891, qui autorise ladite association ;

Ensemble les autres pièces à l'appui :

La section de l'Intérieur, de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, du Conseil d'État entendue,

Décrète :

ARTICLE I

L'Association française de Chirurgie fondée en 1884, dont le siège est à Paris, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ARTICLE II

Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont ci-annexés : aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du Gouvernement.

ARTICLE III

Le Ministre de l'Instruction Publique, des Beaux-Arts et des Cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Fontainebleau, le 26 août 1893.

Signé : **CARNOT.**

Par le Président de la République.

Le Ministre de l'Instruction publique,
des Beaux-Arts et des Cultes,

Signé : **POINCARÉ.**

STATUTS ET RÈGLEMENT
DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

STATUTS

Article premier. — L'association dite *Association française de chirurgie*, fondée en 1884, a pour but de concourir au développement de la science chirurgicale en établissant des liens scientifiques entre les savants et les praticiens.

Elle a son siège à Paris.

Art. 2. — L'Association se compose de membres titulaires et de membres fondateurs.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine; 2° être présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Comité permanent d'administration; 3° payer une cotisation annuelle dont le minimum est de 25 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme de 200 francs au moins.

Le Comité permanent d'administration peut conférer le titre de fondateur aux membres qui ont versé une somme de 300 francs et celui de membre à vie à ceux qui ont racheté leur cotisation.

Art. 3. — L'Association est administrée par un Comité permanent d'administration qui est composé :

1° De membres de droit, c'est-à-dire des anciens Présidents des Congrès scientifiques tenus par l'Association;

2° De 6 membres nommés pour six ans par l'Assemblée générale et se renouvelant par tiers tous les deux ans.

Nul ne peut être membre du Comité s'il n'est Français.

Le Comité choisit parmi ses membres un bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire, d'un Secrétaire adjoint et d'un Trésorier : toutefois les Secrétaires et le Trésorier peuvent être pris en dehors du Comité permanent.

Le Comité se réunit au moins une fois par mois et chaque fois qu'il est convoqué par le Président ou sur la demande du quart de ses membres.

Les membres sortants ne sont pas immédiatement rééligibles.

La présence du tiers des membres du Comité permanent est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire.

Art. 4. — Les délibérations relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et aux échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du gouvernement.

Art. 5. — Les délibérations relatives aux aliénations, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts, ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

Art. 6. — Le Trésorier représente l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Art. 7. — Toutes les fonctions de l'Association sont gratuites.

Art. 8. — Les ressources de l'Association se composent :

1° Des cotisations et souscriptions de ses membres;

2° Des dons et legs dont l'acceptation aura été autorisée par le Gouvernement;

3° Des subventions qui pourraient lui être accordées;

4° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel avec l'autorisation du Gouvernement;

5° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

Art. 9. — Les fonds disponibles seront placés en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemins de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

Art. 10. — Le fonds de réserve comprend :

1° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles;

2° Les sommes versées pour le rachat des cotisations;

3° La moitié des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds est inaliénable : ses revenus peuvent être appliqués aux dépenses courantes.

Art. 11. — Les moyens d'action de l'association sont :

1° La réunion des membres de l'Association en Congrès où sont exclusivement discutées des questions scientifiques;

2° La publication en volumes des travaux des Congrès:

3° Et, s'il y a lieu, la distribution de prix et récompenses aux auteurs d'ouvrages et découvertes utiles à la science chirurgicale.

L'Assemblée, réunie en Congrès scientifique, choisit un bureau spécial, composé d'un Président, d'un Vice-Président et de quatre Secrétaires.

Le Vice-Président de la dernière réunion est de droit Président de la réunion suivante.

Les Secrétaires du Comité permanent remplissent les fonctions de Secrétaires généraux des Congrès.

Art. 12. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du bureau du Comité permanent.

Art. 13. — L'Assemblée générale des membres de l'Association se réunit au moins une fois par an, pour le règlement des affaires administratives de l'Association.

Son ordre du jour est réglé par le Comité permanent.

Son bureau est celui du Comité.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité, sur la situation financière et morale de l'Association, vote le budget de l'exercice suivant; elle approuve les comptes de l'exercice clos et pourvoit au renouvellement, s'il y a lieu, des membres du Comité.

Le rapport annuel et les comptes sont adressés chaque année à tous les membres, au Ministre de l'Intérieur et à celui de l'Instruction publique.

Art. 14. — La qualité de membre de l'Association se perd :

1° Par la démission;

2° Par la radiation, prononcée pour des motifs graves par l'Assemblée générale à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Conseil d'administration et le membre intéressé dûment appelé à fournir des explications.

ART. 15. — Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du Comité d'administration ou de vingt-cinq membres, soumis au bureau au moins un mois avant la séance.

L'Assemblée extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée doit se composer du quart au moins des membres inscrits.

La délibération de l'Assemblée est soumise à l'approbation du gouvernement.

ART. 16. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de l'Association et convoquée spécialement à cet effet doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Les résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — En cas de dissolution, l'actif de l'Association est attribué, par délibération de l'Assemblée générale, à un ou plusieurs établissements analogues reconnus d'utilité publique.

Cette délibération est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — Il sera procédé de même en cas de retrait de l'autorisation donné par le Gouvernement. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait à délibérer sur cette attribution, il sera statué par un décret rendu en forme des règlements d'administration publique.

ART. 19. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale et approuvé par le Ministre de l'Intérieur après avis du Ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts. Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

I. La réunion des membres de l'Association en congrès a lieu à Paris tous les dix-huit mois, alternativement à Pâques et en octobre; un vote de l'Assemblée peut toutefois modifier la date et le lieu du Congrès suivant.

Toutefois, si l'Assemblée générale décidait qu'il y a lieu de retarder ou d'avancer un Congrès, le suivant devrait avoir lieu à son échéance réglementaire.

Cette décision doit être prise aux deux tiers des voix.

II. Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer une demande au Secrétaire général signée par deux membres. Le Secrétaire général transmet la demande au Comité permanent. En cas d'acceptation, il est délivré contre un envoi de 25 francs un reçu détaché

d'un registre à souche qui donne droit au titre de membre de l'Association.

III. Les séances des Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in extenso* ou en résumé sous la surveillance du Comité. Le nombre des communications est limité à deux.

IV. Les communications peuvent avoir une durée de dix minutes. Le Président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de cinq minutes, soit quinze minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

V. Il est accordé à l'orateur cinq minutes pour la discussion et avec l'agrément du président dix minutes.

Le même orateur ne peut parler dans la discussion en cours pendant une même séance plus de quinze minutes sans l'assentiment de l'Assemblée.

VI. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au Secrétaire général un mois au moins avant l'ouverture du Congrès. Ils devront joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail. Ce résumé sera publié *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

VII. Tout travail qui a été imprimé ou présenté à une société savante ne peut être lu devant le Congrès.

VIII. Tout travail qui serait publié autrement que par les soins du Congrès dans un délai moindre de trois mois après la session, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus.

IX. Une communication ne pourra jamais être lue que par son auteur.

X. Les séances ont lieu de neuf heures du matin à midi et de deux heures à six heures.

Les questions mises à l'ordre du jour seront traitées dans les séances de l'après-midi.

Les séances du matin sont réservées aux questions diverses. Le Comité permanent peut fixer des séances supplémentaires si le nombre fixé d'avance des séances réglementaires est jugé insuffisant.

XI. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées devront se faire inscrire d'avance en écrivant au Secrétaire général.

XII. Les manuscrits des communications doivent être remis de suite au Secrétaire général ou au plus tard au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion, faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

XIII. Toute proposition de modifications du règlement devra être signée par vingt-cinq membres du Congrès. Elle sera renvoyée au Comité d'administration qui présentera sur elle dans la première séance du Congrès suivant un rapport dont les conclusions seront soumises au vote de l'Assemblée.

COMITÉ D'ADMINISTRATION

Président :

VERNEUIL, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur honoraire à la Faculté de médecine, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Membres de droit :

OLLIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut, ancien président.

LARREY (Baron), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien président.

GUYON (F.), professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux, ancien président.

DEMONS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, ancien président.

LANNELONGUE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux, président de la 7e session.

TILLAUX, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de la Pitié, vice-président de la 7e session.

POZZI (Samuel), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général.

PICQUÉ (L.), chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire général adjoint.

Membres élus :

CHAUVEL, médecin principal, ancien professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine.

BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

MONOD (Ch.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

RECLUS (Paul), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

BERGER (Paul), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Membre adjoint :

ALCAN (Félix), trésorier de l'Association.

BUREAU DU 7e CONGRÈS

(du 3 au 8 avril).

Président :

Lannelongue, Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux. — Paris.

Présidents d'honneur :

Sir W. Mac Cormac, de Londres.
Lieutenant-colonel Stevenson, de Netley, délégué du gouvernement britannique.
Thiriar, Professeur à l'Université de Bruxelles.
Desguin, d'Anvers.
Jaques Reverdin, Professeur à l'Université de Genève.
Roux, Professeur à l'Université de Lausanne.
Severeano, Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest (Roumanie).
Zancarol, médecin en chef de l'hôpital grec d'Alexandrie (Égypte).
Prof. Kœberlé, de Strasbourg.
Jules Bœckel, de Strasbourg.
Ehrmann, de Mulhouse.
Heydenreich, Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Chauvel, médecin principal de 1re classe (armée), membre de l'Académie de médecine.
Auffret, Directeur du service de santé à Rochefort (marine).
Pamard, Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Poncet, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Vice-Président :

Tillaux, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de la Pitié. — Paris.

Secrétaire général :

Pozzi (S.), professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. — Paris.

Secrétaire général adjoint :

Picqué (L.), chirurgien des hôpitaux. — Paris.

Secrétaires :

MM. A. Castex, Coudray, L.-H. Petit, A. Broca.

Secrétaire adjoint :

M. M. Baudouin.

Trésorier :

M. Félix Alcan, éditeur.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU 7e CONGRÈS

I. — **Des tumeurs fibreuses de l'utérus.**

II. — **Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.**

SÉANCE D'INAUGURATION

Lundi 3 avril (soir).

Présidence de M. le professeur Lannelongue, président du Congrès.

La séance est ouverte à deux heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Professeur Lannelongue.

Sur l'estrade prennent place : M. Pasteur; M. le Prof. Tillaux, vice-président; M. le Prof. Bouchard; M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; M. le baron Larrey, ancien président du Conseil de santé; M. Rochard, ancien président du Conseil supérieur de santé de la marine; M. l'Inspecteur Dujardin-Beaumetz, directeur de la septième direction au ministère de la guerre; M. S. Schneider, médecin-major de première classe attaché à la septième direction au ministère de la guerre; le lieutenant-colonel Stevenson, delégué du gouvernement britannique; Sir William Mac Cormac, de Londres; M. le Prof. Kœberlé, de Strasbourg; M. le Prof. A. Reverdin, de Genève; M. le Dr Severeanu, de Bucarest; M. le comte de Rémusat, sénateur; M. le Dr A. Guérin, membre de l'Académie de médecine; M. le Prof. Ollier, de Lyon; M. le Prof. Terrier, de Paris; M. le Prof. Le Dentu, de Paris; M. le Prof. Pinard, de Paris; M. Chauvel, membre de l'Académie de médecine, ancien professeur du Val-de-Grâce; M. Auffret, directeur du service de santé de la marine à Rochefort; M. le Prof. Gross, de Nancy; M. S. Pozzi, secrétaire général; M. Picqué, secrétaire général adjoint; M. F. Alcan, trésorier du Congrès, etc.

DISCOURS DU PRÉSIDENT

Messieurs,

Je dois me souvenir tout d'abord que je succède au Président qui a eu la pensée de la création d'un Congrès de chirurgie en France. Le 5 mars 1884, M. Demons, professeur à la Faculté de Bordeaux, écrivait à la Société de chirurgie de Paris de prendre l'initiative d'une œuvre qu'il croyait utile. S'adresser à la compagnie qui possédait alors exclusivement les forces vives de la chirurgie, lui laisser le soin de la création, lui en faire accepter l'honneur et la responsabilité, n'était-ce pas faire preuve d'une grande perspicacité et d'une grande justesse d'esprit? Le triomphe de l'idée était assuré, car on éloignait du coup toute velléité de concurrence en même temps qu'on allait donner à votre art la

direction la plus élevée, en laissant vos futures assemblées s'appuyer sur la science, ornée de ses multiples applications.

La première session s'ouvrit le 6 avril 1885. Une réunion déjà nombreuse nomma le bureau ; depuis cette époque, la vitalité du Congrès s'est affirmée par un accroissement non interrompu de ses membres et par une élaboration de travaux qui lui ont assigné désormais une place importante dans la science et dans la pratique.

En invoquant ces origines, je ne puis, Messieurs, détourner ma pensée de celui qui, après avoir été l'âme de négociations difficiles, eut l'honneur d'être désigné pour la première présidence et que nous avons eu la douleur de perdre le 28 mars 1890. Rappeler la mémoire de Trélat, de l'homme qui a tenu une si grande place parmi nous, si dévoué à votre œuvre et si actif pour elle qu'il en a été avec Pozzi, Verneuil, Ollier, Demons, un organe vital, n'est-ce pas remplir un devoir de piété reconnaissante envers le maître dont la chirurgie française a été si justement fière?

Et puisque je parle du deuil qui vous a le plus atteint dans le passé, je dois aussi évoquer le souvenir des deux pertes faites dans le cours de cette année. La première est celle d'un de nos plus jeunes confrères, hier encore plein de vie, Le Prévost, qui avait su par son talent conquérir très vite au Havre une situation prépondérante et qui avait également une place dans la science. La seconde est celle d'Horteloup, chirurgien des hôpitaux de Paris, qui s'était déjà depuis un certain nombre d'années consacré plus spécialement aux maladies des voies urinaires ; il a succombé dans la pleine maturité de son talent et il emporte avec Le Prévost tous nos regrets.

En me faisant succéder à Trélat, Ollier, Verneuil, Guyon, Larrey, Demons, vous m'avez fait un insigne honneur et vous m'avez donné une grande marque d'estime et de sympathie. Le soin de diriger les travaux de ce Congrès aura été un des privilèges de ma vie qui m'auront le plus touché; je vais rentrer avec bonheur dans le rang pour y remplir comme par le passé le rôle de serviteur dévoué de votre institution.

Que les personnes étrangères au Congrès qui ont bien voulu, par leur présence, ajouter à l'éclat de la solennité, reçoivent ici les remerciements que je leur adresse au nom de tous.

Il n'est pas de branche des connaissances humaines qui en l'espace de quelques années ait été plus complètement renouvelée que la nôtre par des découvertes aussi étonnantes qu'utiles.

Tout d'un coup la chirurgie a reçu une de ces clartés qui en ont tellement élargi les horizons qu'aucun de nous n'en reconnaît

plus les limites; qui l'ont tellement illuminée que pour la première fois *elle* est entrée en possession d'elle-même. C'est ainsi qu'elle a pu fixer les conditions, c'est-à-dire les lois, qui désormais régleront sa marche et associer la sécurité de la science aux promesses d'un art qui, malgré sa noblesse, n'était pas à l'abri des préventions.

Aussi quelle révolution dans nos mœurs! Avant ces dernières années il se passait en France et, je crois un peu partout, un fait profondément attristant. Les chirurgiens manquaient à ce point que la chirurgie d'urgence, celle qui n'attend pas, n'était pas toujours faite et, en tout cas, était pratiquée souvent dans des conditions déplorables. Les bras, je devrais dire les mains, manquant, que de gens délaissés ou opérés trop tard! On n'était accepté comme chirurgien qu'à la condition de posséder une notoriété incontestée d'opérateur, reposant elle-même sur la connaissance exacte de l'anatomie, sur une technique spéciale, exigeant l'habileté manuelle ou tout au moins des exercices persévérants de médecine opératoire. Et ce n'était qu'après avoir conquis péniblement ce renom qu'on pouvait, sans perdre de sa considération, accepter la responsabilité de revers nombreux.

Il faut bien le dire, d'ailleurs, les accidents opératoires étaient alors en proportion directe du nombre et de l'importance des opérations : de là une réserve allant jusqu'à la timidité. Ce sont des qualités inverses ou, si l'on veut, les défauts de ces qualités qui semblent consacrer les réputations d'aujourd'hui.

C'est que la chirurgie n'est plus à la merci d'un conseil de famille; elle n'est même plus mineure. Elle vient d'entrer dans sa majorité. Une confiance renaissante a fait taire le doute, les craintes justifiées, et l'art dégagé de toute pensée décevante, servi par tout ce qu'une jeunesse pleine de vie peut avoir de foi, a acquis une puissance d'expansion bien faite pour être l'objet de nos méditations.

Pour qui sait observer, ces vérités de l'heure présente sont proclamées dans chacune de vos assemblées. On fait de grands efforts ailleurs pour décentraliser, le fait est accompli chez nous et le Congrès de chirurgie en est la manifestation la plus éclatante. Partout, en France, la chirurgie est pratiquée en bonne forme et l'on pourrait redouter une pléthore d'opérateurs si, d'autre part, le domaine qui est notre champ de travail ne s'était pas considérablement agrandi. Un des plus illustres auteurs des premières années de ce siècle, Boyer, commence ainsi la préface de la troisième édition du plus beau traité des maladies chirurgicales de son temps : « La chirurgie a fait de nos jours les plus grands progrès, et semble avoir atteint, on peu s'en faut,

le plus haut degré de perfection dont elle paraisse susceptible. » Comme elle est étrange cette appréciation, que de changements depuis 1822, que de progrès n'entrevoit-on pas encore! On part avec la pensée qu'on arrivera, mais quelle que soit la limite atteinte, il y a un au delà et on découvre une contrée nouvelle à explorer.

Après un temps de recueillement, notre science a modifié du tout au tout ses méthodes de traitement, ses procédés, ses pansements. La réforme a donné vite des résultats imposants. Elle a fait luire aux yeux de tous, du public aussi bien que des adeptes, le succès définif des amputations, des ovariotomies, des fractures compliquées, des plaies de toutes sortes, depuis les plus petites qui n'étaient pas à l'abri d'accidents, jusqu'aux gros délabrements. Sur ce terrain elle a posé et résolu de la manière la plus heureuse le problème de la cure opératoire. C'est alors qu'on a vu les chirurgiens de tous les pays rivaliser de vitesse et publier à l'envi les statistiques les plus inespérées. Telle a été l'origine du mouvement de démocratisation de la chirurgie.

Tous les médecins, les nouveaux venus surtout, ont compris qu'à un moment donné ils pouvaient faire acte d'opérateur et intervenir utilement pour sauver la vie humaine, alors qu'autrefois ils étaient frappés d'impuissance ou d'incapacité. Comment ne pas être épris d'une science dont les bienfaits quotidiens se montrent avec tant de clarté, et qui saura prendre et porter la responsabilité de grands devoirs dans les mauvais jours de la patrie!

La nouvelle manière n'a pas tardé à porter d'autres fruits; elle a d'abord poussé les chirurgiens vers la médecine, c'est-à-dire vers les maladies viscérales ou profondes et là, grâce à l'antisepsie, ils peuvent sans crainte placer le remède sur le siège du mal. Un de nos éminents collègues de la Faculté de Paris, le professeur Bouchard, en a fait un éloge aussi vrai que flatteur; je ne saurais résister au désir de le reproduire : « Le vrai médecin, demain ce sera le chirurgien; car le chirurgien possède tous les secrets de son ancien domaine auquel vous (les médecins) avez voulu rester étrangers; de plus, appelé à traiter les maladies que vous avez cru vous réserver, il a appris à les connaître.... Il sait mieux que vous appliquer le traitement local, dont il sait comme vous poser les indications. » Qu'il me soit permis de dire à mon tour que la médecine et la chirurgie ne sont plus que deux sœurs unies dans une même affliction du mal d'autrui, donnant en entier leurs pensées et leur cœur, sans distinction d'espèce, à la cure des maladies humaines.

Mais ce n'est là encore qu'une part de vos actes et vous avez voulu goûter au superflu, cette chose qu'on s'accorde à croire

nécessaire. Que de sujets auxquels on n'avait presque pas touché, à commencer par le chapitre des anomalies et des vices de conformation plus ou moins graves de l'homme, jusqu'à celui des déplacements permanents d'organes, des difformités accidentelles, des troubles tardifs déterminés par des lésions anciennes! Que de coins qu'on était bien aise de laisser dans l'ombre, terrain trop ingrat pour être l'objet d'une culture et qui, à vrai dire, était comme l'opprobre de la chirurgie! Je ne retire pas le mot quelque mal sonnant qu'il puisse être, parce que les faits qu'il qualifie auront une fin prochaine. C'est ainsi que notre art, en rectifiant les écarts de la nature, ses exagérations ou ses défauts, accomplira un acte de réparation et de justice distributive en rendant à l'homme soit une forme meilleure et plus noble, soit un perfectionnement dans ses fonctions organiques.

En cherchant à fixer le caractère de la chirurgie actuelle d'après ses efforts, je m'inspire uniquement du souffle qui anime vos discussions, vos travaux, votre langage. Ce qui vous distingue c'est l'esprit de conquête, c'est-à-dire un entraînement marqué vers la nouveauté et vers les grandes entreprises. Certes, jamais but ne fut plus louable, lorsque l'idée a pour point de départ des indications thérapeutiques que la raison commande et que la préoccupation de la vie humaine conduit.

Durant la période moyenne de ce siècle, notre mode de recrutement, les concours surtout, une centralisation absorbante, avaient créé en France pour la tradition et les doctrines une force, qui n'excluait pas sans aucun doute le libre examen, mais qui pesait d'une trop grande autorité sur le jeune maître.

Y a-t-il eu dans l'esprit de nombreuses générations chirurgicales, une crainte plus grande et moins fondée pourtant que celle de toucher au péritoine!

Comme cela devait être, une réaction exagérée a succédé à ce mouvement, et si la critique avait à s'exercer utilement aujourd'hui, n'aurait-elle pas quelque prise contre une indépendance presque dédaigneuse et contre un besoin d'activité qui entraîne avec une précipitation un peu tumultueuse vers des voies nouvelles qui ne sont souvent qu'entrevues?

Mais qui pourrait se plaindre d'une moisson si riche dont ceux-là peuvent apprécier l'étendue, qui ont si douloureusement souffert des désastres du passé, et qui oserait ralentir un présent qui porte avec lui des espérances plus grandes encore?

Et cependant, si l'art opératoire est une portion notable de la chirurgie, ce n'est ni la plus noble ni la plus élevée. Quelques-uns le possèdent par don de nature et on doit les en féliciter, mais tous peuvent l'acquérir par le travail et la persévérance. Il n'en

est plus de même des autres conditions de la science; celles-ci comportent tout un ordre de qualités personnelles, jointes à un savoir complet de la pathologie.

Avant l'heure suprême de l'opération, il y a la justification de la nécessité d'une intervention, problème souvent hérissé de difficultés et qui n'est encore qu'une partie de la question. Il faut que le chirurgien possède la connaissance précise du mal en son siège et en sa nature, c'est-à-dire qu'il en ait fait un diagnostic exact et complet, remontant autant que possible jusqu'à la cause immédiate. Pour y parvenir, le savoir est nécessaire sans aucun doute, mais il sera souvent insuffisant et de fort peu de ressources, s'il n'est pas dirigé par un esprit droit, par une raison qui médite, pèse, discute, rejette et finalement réserve ce qu'elle doit retenir.

Une observation sûre et ne se laissant pas égarer par les fausses pistes; évitant les pièges qu'on lui tend; scrutatrice minutieuse du passé, d'un passé quelquefois lointain puisqu'il remonte aux premières années de la vie chez un vieillard; exacte et sévère à l'égard du présent; suivant quand il convient, minute par minute, une investigation utile; pleine de souplesse, de douceur et de mansuétude pour un enfant, une femme, un être inquiet, d'une condition parfois inférieure, ne comprenant pas, analysant mal ses sensations et les traduisant plus mal encore, se trompant lui-même et trompant les autres; avisée à l'égard des habiles ou des astucieux; sachant suivre une voie détournée pour arriver à ses fins; défiante à l'égard des autres; sincère envers elle-même; prenant son temps et multipliant ses procédés d'examen; discrète et toujours lente, n'ayant qu'un mobile, la recherche de la vérité, — telle est la première étape à laquelle en succède une autre, celle de la marche et de l'issue du mal, autrement dit du pronostic. L'observation s'arrête ici et le rôle de la prescience commence; il faut pour conclure avoir le sentiment de l'heure des atténuations ou des aggravations, mettre en balance la résistance organique et l'influence destructive, infectieuse ou non, exercée par la maladie. Équation difficile, pleine d'inconnues, qu'on ne parvient à dégager qu'avec des qualités supérieures de finesse, associées à un jugement sûr.

Nos devanciers immédiats se sont dévoués depuis le commencement de ce siècle à la tâche de former une école d'enseignement clinique, qui a honoré grandement ce pays, et c'est pour cela que j'ai cru devoir en rappeler la tradition à un moment où les esprits se sont détournés un peu trop vite d'elle.

Mais rien ne doit rester indifférent à l'homme d'initiative et de

travail, pas plus l'histoire et la tradition nationale que le mouvement scientifique des pays étrangers.

Non seulement la justice et l'honneur font un devoir à chacun de rendre hommage à celui, quel qu'il soit, qui a eu le mérite d'une invention ou d'une œuvre originale, mais il y a aussi avantage et nécessité à suivre assidûment l'évolution du progrès chez les nations qui nous environnent.

L'usage m'a fait employer cette dernière expression; elle se démode pourtant et devient chaque jour plus impropre. Le mouvement de notre science est, en effet, de moins en moins confiné dans la vieille Europe. Loin de moi la pensée de croire qu'il s'y soit affaibli; il y a pris, au contraire, une intensité inaccoutumée et il a trouvé pour son expansion des terres encore neuves, à côté de plus anciennes jusqu'ici dépourvues de culture. En un mot, il règne partout une fièvre de fécondité désespérante pour l'encyclopédiste.

Mais ne vous apparaît-il pas comme à moi que les États de la grande Amérique entrent en ligne, depuis quelques années, avec cette activité presque brutale que les races jeunes apportent dans toutes les entreprises qui élèvent une nation?

La production de ces contrées qui ne sont lointaines qu'en apparence, car elles se rapprochent de nous chaque jour, augmente dans des proportions inattendues, et nous ne sommes encore qu'à l'aube d'une ère où j'ai la conviction que d'autres continents, l'asiatique, l'africain lui-même, occuperont un jour leur place.

Est-ce que déjà de hardis explorateurs ne préparent pas la voie?

Nous aurons alors disparu depuis longtemps; mais de notre héritage nos arrière-neveux auront recueilli une date mémorable entre toutes, qui leur rappellera la part qu'a prise à la grandeur de sa patrie, l'homme à qui notre science doit sa rénovation, à qui une partie de l'humanité doit l'existence.

L'immortalité avait lui pour Pasteur, du jour de ses découvertes, la reconnaissance universelle est venue lui en faire la déclaration respectueuse le jour de ses soixante-dix ans.

Soyez les bienvenus parmi nous, éminents et honorés confrères des pays étrangers. Vous vous déplacez pour nous instruire et pour nous communiquer vos idées; les sujets de cette année, un peu arides, cependant, ne vous ont pas découragés. Cela prouve le puissant attrait de toutes les questions et vous nous donnez en même temps une marque d'affectueuse estime à laquelle nous sommes très sensibles, croyez-le bien.

Vous avez eu, messieurs les chirurgiens de nos armées, et vous aurez souvent encore la première place dans ce Congrès, par la haute estime, si méritée d'ailleurs, dans laquelle nous vous tenons.

Recevez aussi mes salutations les plus chaleureuses, savants et praticiens de Lyon, de Bordeaux, de Toulouse, de Marseille, de Lille, de Nancy, de Rouen, de Montpellier, d'Amiens et de tant d'autres cités. S'il en est parmi vous qui viennent se réchauffer à notre soleil, d'autres nous apportent les rayons du leur, et par un procédé ou par un autre nous élevons notre température.

COMPTE RENDU DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Messieurs,

Au moment où s'ouvre la 7e session, le Congrès français de Chirurgie compte 317 membres, dont 60 fondateurs, 7 membres à vie et 250 membres annuels. C'est un chiffre supérieur à celui que je vous signalais l'an passé. Il semble en effet que notre institution, quoique arrivée à l'état adulte, soit encore susceptible d'un sensible accroissement numérique. On peut dire que d'ores et déjà tous ceux qui, selon l'expression dont se servent nos Statuts pour définir notre but, « s'intéressent aux progrès de la chirurgie française » tiennent à figurer sur nos registres. Nous pouvons nous féliciter du beau résultat acquis au bout de notre Septennat.

Notre dévoué trésorier vous dira bientôt comment nos conditions d'existence jusqu'ici assez difficiles sont désormais assurées, au point de vue financier, par l'augmentation minime du prix de notre cotisation. Mais un autre progrès, encore plus important, sera bientôt réalisé. Grâce aux efforts persistants de votre bureau, à l'influence de votre président et au zèle du secrétaire général adjoint, la reconnaissance du Congrès comme institution d'utilité publique est actuellement imminente. On peut dire que ce n'est plus qu'une question de jours, et nous pourrons inscrire ce titre précieux en tête de notre prochain volume. Je n'ai pas besoin, messieurs, d'en faire ressortir l'utilité pour notre avenir. Nous pourrons ainsi recueillir les dons, les successions, et créer un fond de réserve qui nous permettra, je l'espère, à l'imitation de notre sœur aînée, l'Association française pour l'Avancement des Sciences, de contribuer d'une manière nouvelle aux progrès scientifiques par des subventions données aux travailleurs pour entreprendre ou continuer leurs recherches.

Comme les années précédentes, nous avons le plaisir de posséder parmi nous plusieurs de nos confrères étrangers qui ont

bien voulu nous donner une preuve éclatante de leur sympathie en venant prendre part à nos travaux.

Le gouvernement britannique nous a délégué un médecin très distingué de son armée, professeur à l'École militaire de Netley, M. le lieutenant-colonel Stevenson. Je me borne à citer encore parmi nos autres hôtes éminents, Sir William Mac Cormac, Hutchinson, Distin Maddick, de Londres; Jaques et Auguste Reverdin, de Genève; Roux, de Lausanne; Thiriar, Tournay, Warnots, Rouffart, Lavisé, Jacobs, de Bruxelles; Dewandre et Desguins, d'Anvers; Hicguet, de Liège, Debaisieux, de Louvain; Pawlik, de Prague; Zancarol, d'Alexandrie; Bloch, de Copenhague; Tornu, délégué du Cercle médical Argentin; Sévéreanu, de Bucarest; — et ceux que nous ne compterons jamais parmi les étrangers, Kœberlé, J. Bœckel, de Strasbourg; Ehrmann, de Mulhouse; Lentz, de Metz, etc.

Au nom du bureau du Congrès, au nom du Congrès tout entier, qu'ils reçoivent nos remerciements et nos vœux de cordiale bienvenue.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Messieurs,

Le bilan de l'exercice 1892, comprenant les recettes et les dépenses de la 6e session du Congrès, se solde par un excédent de 1639 francs des premières sur les secondes.

Notre encaisse au 31 décembre 1891 était de 2924 fr. 50, auxquels il faut ajouter 257 souscriptions annuelles représentant 6425 francs, 4 cotisations de membres à vie et une cotisation de membre fondateur : 1100 francs, les intérêts de notre encaisse et de notre titre de rente : 276 fr. 60. Nos dépenses sont seulement de 6187 fr. 50; vous voyez que les cotisations annuelles suffiraient actuellement à les couvrir. Le volume des mémoires, beaucoup plus volumineux que les années précédentes, nous a coûté près de 500 francs de plus; les frais d'impression des notices et des ordres du jour ont aussi dépassé de 300 francs environ ceux de l'an dernier, en raison de l'augmentation du nombre des adhérents et de l'impression des rapports sur les questions à l'ordre du jour, distribués avant l'ouverture du Congrès. Les autres dépenses d'administration et d'installation du Congrès ont peu varié.

Vous trouverez d'ailleurs le détail de ces recettes et dépenses dans le volume des mémoires de la session actuelle.

Notre actif est constitué par l'encaisse au 31 décembre 1892,

4563 fr. 50 déposés à la Société générale, plus un titre de rente 3 0/0 évalué au prix d'achat, 7309 fr. 70, ce qui forme un total de 11 873 fr. 20. Le passif, constitué par les souscriptions perpétuelles représentant 15 200 francs, dépasse encore l'actif de 3326 fr. 80.

Je vous rappelle d'ailleurs que ce passif n'est que fictif, puisque ces souscriptions ont été versées sans aucune condition de remboursement; mais, au point de vue de la comptabilité, je suis obligé de considérer ce fonds comme inaliénable, et je serai heureux de vous annoncer dans peu d'années qu'il est entièrement reconstitué.

D'ailleurs, comme je vous l'ai fait observer, les cotisations annuelles dépassent à elles seules nos dépenses. Je vous ferai même remarquer que la souscription à chaque congrès étant de 25 francs, les membres fondateurs et les membres à vie qui peuvent se libérer en versant en une fois, soit 300, soit 200 francs, sont onéreux pour le Congrès. Ce sont cependant leurs versements qui ont permis à votre association de subvenir à ses dépenses des premières années, qui lui assureront des rentes dans l'avenir, et la mettront en mesure d'étendre sa sphère d'action. Votre trésorier appelle donc votre attention sur ce mode de souscription : d'une part, il est plus avantageux pour chaque membre du Congrès; d'autre part, il augmente notre fonds de réserve que nous devons désirer voir s'enrichir d'année en année.

Situation financière au 31 décembre 1892.

ACTIF :

Espèces à la Société générale	4 563 50
Titre de rente déposé à la Société générale	7 309 70
Total.	11 873 20

PASSIF A REPRÉSENTER :

60 cotisations de membres fondateurs à 200.	12 000 »
6 cotisations de membres fondateurs à 300.	1 800 »
7 cotisations de membres à vie à 200	1 400 »
Total.	15 200 »

Excédent du passif . . . . . 15 200 — 11 873 20 = 3 326 80

Souscripteurs au 3 avril 1893.

Membres fondateurs	66
— à vie	10
— adhérents	297

Situation financière de l'année 1892 :

Recettes :

Solde en caisse ou à la Société générale le 31 décembre 1891	2 924	50
Cotisations reçues pour la 6e session : 257 à 25 fr	6 425	»
1 cotisation, 5e session	25	»
4 cotisations de membre à vie, à 200 fr.	800	»
1 cotisation de membre fondateur	300	»
Intérêts des fonds déposés à la Société générale	26	60
Coupons de rente encaissés par la Société générale	250	»
Total	10 751	10

Dépenses :

Impression de la notice, des rapports et des ordres du jour	635	55
Achat de 325 volumes 6e session à 10 fr. 05	3 266	25
Achat de volumes des sessions précédentes	57	50
Frais de distribution de ces volumes	205	05
Payé pour revision des épreuves du 6e volume du Congrès	300	»
Frais d'installation, 6e session : facture Belloir	650	»
Personnel, écritures, frais de bureau et de recouvrements	811	60
Impressions diverses, circulaires, fournitures de bureau	259	35
Droits de garde des titres déposés à la Société générale. — Timbres, frais d'encaissements	2	30
Total	6 187	60

Excédent des recettes sur les dépenses 4 563 50

Représenté par

le solde créditeur du compte de la Société générale.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU CONGRÈS

Séance du mardi 4 avril (soir).

Présidence de MM. les Drs Zancarol et Pamard.

Question mise à l'ordre du jour : **Les tumeurs fibreuses de l'utérus.**

Évolution des tumeurs fibreuses de la matrice. Indications et contre-indications opératoires,

Par le Professeur Kœberlé, de Strasbourg.

La question des tumeurs fibreuses est trop importante dans ses détails et trop complexe pour être examinée dans toutes ses parties par une revue rapide.

Ayant eu l'honneur d'avoir été inscrit en premier pour prendre part à la discussion qui va s'ouvrir et qui ne pourra probablement pas résoudre toutes les questions litigieuses, je me bornerai à esquisser à grands traits l'évolution des tumeurs fibreuses, les indications et les contre-indications opératoires.

Les tumeurs fibreuses sont des tumeurs dites bénignes. De par leur constitution anatomique, elles ne suivent pas une marche fatale, tendant à compromettre d'une manière certaine l'existence, à un moment donné. Elles ne deviennent dangereuses que par certaines particularités de leur développement; par leur siège; par les accidents, hémorragie excessive et hypercrinie muqueuse, qu'elles occasionnent lors de la période cataméniale; par leur accroissement rapide, continu, excessif, menaçant eu égard à l'âge peu avancé des malades, surtout lorsqu'elles restent mollasses, qu'elles sont plus ou moins œdémateuses, subfluctuantes, et qu'elles deviennent cystiques par suite des ruptures vasculaires hématiques et surtout lymphatiques qui se produisent dans leur intérieur; dans ces cas, elles suivent alors un développement continu, progressif en se transformant en tumeurs dites fibro-cystiques; enfin, elles donnent lieu quelquefois à une hypercrinie muqueuse excessive, continue, qui affaiblit rapidement la constitution des malades. Parfois, l'hémorragie cataméniale se pro-

longe outre mesure et finit par devenir plus ou moins continue, par suite de la congestion utérine consécutive ou des fongosités résultant du bourgeonnement des surfaces traumatiques qui sont le siège de l'hémorragie cataméniale prolongée. Les tumeurs fibreuses deviennent encore dangereuses ou plus ou moins insupportables aux malades par les crampes utérines continues (maux de reins) provenant soit de la torsion de la matrice dans certains cas, soit de la réaction des fibres musculaires hypertrophiées sur les fibromes qu'elles entourent ou enlacent; par l'obstruction plus ou moins complète de l'excavation pelvienne et par la gêne des fonctions de l'intestin, de la vessie; par la phlébectasie, l'œdème des extrémités inférieures, etc.

L'intervention chirurgicale est d'autant moins pressante ou indispensable que la gêne des fonctions est moins grave, que l'âge des malades est plus rapproché de la ménopause, que les tumeurs sont dures, que leur développement est peu rapide ou stationnaire, que les accidents ou complications sont moins prononcés, sont supportables par les malades et peuvent disparaître, ainsi que c'est le cas des hémorragies cataméniales exagérées.

L'intervention chirurgicale est toujours excessivement grave lorsque les malades étant réduites à une anémie extrême, et les tumeurs étant compliquées d'adhérences, ou développées dans l'épaisseur des ligaments larges, et partant plus ou moins enclavées dans l'excavation pelvienne, l'hémorragie opératoire devra être redoutable, malgré tous les procédés, l'art et la dextérité du chirurgien.

L'intervention chirurgicale est toujours très grave, chaque fois que les tumeurs sont développées dans le segment inférieur de la matrice, qu'elles sont enclavées dans l'excavation pelvienne qu'elles remplissent, qu'elles sont développées dans l'épaisseur des ligaments larges. C'est précisément dans ces cas, où l'intervention chirurgicale est la plus grave, que l'indication opératoire est la plus formelle et que la vie est plus intolérable pour les pauvres malades; mais l'intervention, dans ces cas, n'embellit pas les statistiques.

Une tumeur fibreuse peu volumineuse, mollasse, développée rapidement depuis peu, datant de quelques mois seulement, ou dont une nouvelle poussée cataméniale est récente, présente beaucoup de chances, non seulement de rester stationnaire, mais même de se ratatiner spontanément par résorption des exsudats séreux, lymphatiques ou hématiques. Cette marche de l'évolution explique en grande partie le secret des guérisons obtenues par l'ergotine, par les bains salins, par les médicaments iodés ou quelconques, par l'électricité, même par le massage, etc.

Les tumeurs plus ou moins ratatinées spontanément sont ensuite accompagnées d'hypertrophie musculaire. Les fibres musculaires qui les enveloppent ou qui sont comprises dans leur épaisseur s'hypertrophient. La tumeur augmente indirectement par cette hypertrophie, analogue à celle que produit la gestation. De là résultent les fibro-myômes où l'élément musculaire domine plus ou moins. L'élément musculaire s'étant hypertrophié, la matrice cherche à se débarrasser en se contractant en vain sur les fibromes qui la gênent et l'embarrassent. Les noyaux fibreux, les fibres musculaires hypertrophiées deviennent alors à leur tour, suivant leur siège, le point de départ de nouvelles complications : stases vasculaires, hémorragies cataméniales prolongées, nouveaux épanchements sanguins et lymphatiques, oedème, kystes séreux. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale peut devenir urgente à un moment donné. Elle peut être très bénigne eu égard au siège des tumeurs. Si *le segment inférieur de la matrice (le col utérin restant à peu près normal) n'est pas envahi par les fibromes, l'intervention, quel* que soit le volume des tumeurs, est ou doit être le plus souvent suivi d'un heureux résultat. Ce sont les cas qui embellissent les statistiques.

Actuellement, où l'intervention chirurgicale est mise à la portée de tout le monde, car les opérés guérissent fatalement en observant les précautions antiseptiques, l'extirpation de la matrice, soit sus-vaginale, soit totale, qui n'est pas plus difficile, réussit à merveille, si bien que l'intervention devenant en quelque sorte inoffensive, les malades sont devenues parfois, comme on dit, un matériel, une matière première abondante à opérations. Les malades du reste sont heureuses du résultat lorsqu'elles sont guéries ; lorsqu'elles sont mortes, elles ne se plaignent pas.

Lorsque les tumeurs sont intra-utérines ou très rapprochées de la muqueuse élargie et hypertrophiée, l'hypercrinie muqueuse et les hémorragies plus ou moins continues et qui ne cesseront pas, ou guère, après la ménopause, sont une indication formelle d'opération à tous les âges.

L'intervention chirurgicale est encore très grave ou du moins fait courir des risques très graves à la malade lorsqu'il existe des adhérences vasculaires étendues à la paroi abdominale, lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter et à se reproduire très rapidement, car l'ascite lente et stationnaire n'est pas une contre-indication opératoire.

Il faut s'abstenir d'opérer lorsqu'il existe une affection concomitante incurable ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière défavorable sur la guérison, telles que l'hémophilie, la bronchite chronique, le diabète, la syphilis, etc.

Chez les nullipares à pannicule adiqueux épais, dont la paroi abdominale est tendue, surtout lorsque les tumeurs sont développées dans les ligaments larges et sont peu volumineuses, le pronostic de l'intervention est très grave. Dans les laparotomies, un excès d'embonpoint est toujours, en général, une complication de l'opération. L'intervention chirurgicale est contre-indiquée lorsque la tumeur est dure, ancienne, stationnaire, qu'elle n'est pas particulièrement gênante ou douloureuse et qu'elle ne met pas la vie en danger, lorsque les accidents ou complications sont peu graves et que la temporisation est possible, surtout lorsque les malades sont près de la ménopause.

Dans les cas très simples où la tumeur est implantée dans le fond de l'utérus, la vie est rarement en danger; la tumeur peut alors devenir énorme ; elle se développe dans le ventre à la manière de la matrice distendue par la grossesse. L'opération est rarement indiquée, mais c'est dans ces cas que l'intervention par la laparotomie ou par la voie vaginale donne les plus brillants résultats.

Au contraire, lorsque la tumeur occupe l'excavation pelvienne et qu'elle s'est développée dans le segment inférieur de l'utérus et dans les ligaments larges, lorsque les malades demandent elles-mêmes instamment d'être débarrassées de leur tumeur, l'intervention chirurgicale est généralement d'une extrême difficulté et alors les opérations donnent lieu aux pires résultats.

Quant à la question opératoire, l'hystérotomie ou l'hystérectomie soit sus-pubienne, soit vaginale, ou la combinaison de ces deux procédés opératoires, le sujet est trop vaste pour l'aborder simultanément ici.

Je note seulement, en terminant, que les opérations sont devenues très faciles et très brillantes, par l'antisepsie et par l'asepsie des procédés opératoires, par le perfectionnement de l'hémostase dont je puis revendiquer une très large part, par suite de l'introduction dans la pratique chirurgicale des pinces hémostatiques en 1865, par la suppression des ligatures en 1867 et par le perfectionnement du serre-nœud et de divers détails opératoires qui sont encore dans la pratique.

De la prétendue bénignité des fibromes utérins,

Par le Dr Péan, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les auteurs classiques s'accordent à déclarer que les fibromes de l'utérus sont des tumeurs bénignes, qui amènent rarement des complications fâcheuses et qui tendent à s'atrophier spontanément à l'âge de la ménopause.

J'ai été frappé, au cours de mes études chirurgicales, de l'unanimité avec laquelle les chirurgiens de l'époque insistaient sur cette bénignité. Aussi ai-je été désagréablement surpris, quand, à mon tour, entré dans la pratique, je vis combien peu cette opinion s'accordait avec les faits. J'avais vu d'ailleurs ces mêmes chirurgiens déclarer que les kystes ovariques et tubaires étaient également des tumeurs de peu de gravité, souvent curables par la ponction suivie ou non d'injections modificatrices.

Or, à cette époque, les faits démentaient cette doctrine, si bien que plusieurs chirurgiens, découragés par le peu d'efficacité du traitement palliatif appliqué aux kystes multiloculaires de l'ovaire, ne craignirent pas de recourir à l'ovariotomie pour sauver leurs malades. Ce fut alors que Worms et Nélaton, à Paris, voyant que cette nouvelle opération donnait des résultats favorables en Angleterre et en Amérique, n'hésitèrent pas à la conseiller. Peu de temps après, je l'appliquai à mon tour avec assez de succès pour que bon nombre de confrères aient eu la pensée de m'adresser, non seulement leurs malades affectées de kystes ovariens, mais encore celles qui portaient des fibromes du corps de l'utérus assez volumineux pour mettre la vie en péril immédiat. Il en résulta que, en peu d'années, je recueillis plus de mille observations de fibromes utérins, ce qui avait été d'autant plus facile que les malades qui les portaient étaient abandonnées de tous mes collègues. Quelques-unes, malgré le grand volume de la tumeur, avaient des souffrances et des troubles fonctionnels encore tolérables; mais l'immense majorité de ces malades souffraient depuis longtemps et menaient une existence pénible; bon nombre d'entre elles ne tardèrent pas à succomber à des complications de toutes sortes.

Le tableau des misères endurées par ces pauvres femmes m'inspira l'idée de leur porter secours et de leur appliquer un mode de traitement analogue à celui qui m'avait si bien réussi pour l'ablation des autres tumeurs pelviennes et abdominales.

A vrai dire, à cette époque j'étais peu encouragé dans cette voie par la pratique des chirurgiens qui, avant moi ou en même temps que moi, avaient eu recours à ce mode d'intervention. Kœberlé comptait à peine quelques guérisons. Spencer Wells, notre éminent ami, écrivait lui-même à cette époque : « Toutes les fois qu'un chirurgien croyant opérer un kyste de l'ovaire, se trouve en présence d'un fibrome du corps de l'utérus, il doit se hâter de refermer le ventre, l'ablation étant impossible ou mortelle. »

Ce fut cependant chez les malades atteintes de fibromes très volumineux, épuisées, prêtes à succomber, que je pratiquai mes

premières hystérectomies. En raison du siège et du volume des tumeurs, il n'y avait pas d'autre voie à suivre pour les enlever que l'incision abdominale.

A notre grande satisfaction, les résultats furent satisfaisants. Nous les publiâmes dans une monographie faite en collaboration avec notre interne Urdy. Ils suscitèrent un mouvement d'opinion si favorable que l'ouvrage fut couronné par l'Institut de France et traduit par nos confrères de l'étranger dans presque toutes les langues. Des chirurgiens de tous les pays vinrent à Paris pour suivre notre pratique et l'élan fut si bien donné que depuis cette époque ces confrères éminents n'ont cessé de vulgariser notre méthode opératoire. Ils avaient comme nous constaté dans leur pratique que la plupart des grands fibromes utérins rendent la vie intolérable, et, lors même qu'il y aurait un danger à faire courir aux opérées, que ce danger serait minime à côté de celui qui provient de la présence de la tumeur.

Les années suivantes nous les vîmes à leur tour perfectionner le manuel de l'hystérectomie. De mon côté, je continuai à chercher tous les moyens les plus propres à diminuer la mortalité à la suite de ces grandes opérations. En même temps, l'observation attentive des faits me permit d'établir, ce qu'il était facile d'ailleurs de prévoir, que les résultats de l'intervention chirurgicale seraient d'autant plus favorables que les malades seraient opérées plus tôt, alors que la tumeur n'a pas encore acquis un volume monstrueux et qu'elle n'a pas eu le temps d'épuiser les forces. Telles furent les raisons qui me conduisirent à opérer de bonne heure toutes les tumeurs par la voie vaginale.

Déjà, à l'époque où j'étais chez Nélaton, j'avais imaginé d'enlever par cette voie les fibromes sous-muqueux de très grand volume qui avaient dilaté le museau de tanche et qui faisaient saillie entre les lèvres du col. Au lieu de me contenter d'enlever seulement les fibromes petits et pédiculés, comme tous les chirurgiens, depuis Græfe, j'étais parvenu avec la pince-scie, que j'avais fait construire par Mathieu père, à enlever par morcellement et avec succès, en une ou plusieurs séances, les fibromes sous-muqueux les plus volumineux, même chez les malades les plus épuisées.

Je pensai avec juste raison que, grâce au pincement préventif des ligaments larges, il me serait aussi facile d'enlever ces tumeurs par la même voie lorsqu'elles siégeraient également dans le corps de l'utérus et, qu'au lieu d'être uniques et sous-muqueuses, elles seraient multiples, interstitielles, sous-séreuses ou rétro-péritonéales. J'imaginai alors le procédé suivant.

Au lieu de divulser simplement le col avec le spéculum bivalve,

à vis dilatatrice, que j'avais fait construire en 1860 par Mathieu père pour enlever par morcellement les grands fibromes sous-muqueux, je disséquai circulairement le col de l'utérus jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux inclusivement; je fis ensuite la section bi-latérale et l'excision du col, puis, à l'aide du bistouri, je fis la section bi-latérale du corps, de l'intérieur à l'extérieur jusqu'aux ligaments larges, qui au besoin furent pincés temporairement. Grâce à cette section bi-latérale du corps, je pus explorer aisément sa cavité et ses parois et reconnaître si elles contenaient une ou plusieurs tumeurs interstitielles. Au besoin, pour agrandir la cavité du corps de l'utérus, je la dilatai avec de petits rétracteurs à manche. La tumeur reconnue, j'incisai avec le bistouri long et droit la muqueuse et les tuniques internes qui la recouvraient afin de la mettre à nu, puis j'incisai crucialement le fibrome et j'attirai au dehors chaque fragment avec des pinces appropriées. Lorsque la tumeur était sous-séreuse, elle était reconnue avec le doigt introduit dans le péritoine par les culs-de-sac vaginaux, attirée avec des pinces, morcellée et enlevée sans plus de difficultés. S'il y avait d'autres fibromes, ils étaient enlevés de la même façon. Il ne restait plus alors qu'à suturer avec soin la muqueuse utérine avec celle du vagin pour prévenir le rétrécissement cicatriciel, pour empêcher la péritonite de se déclarer et pour obtenir une réunion immédiate.

Chez plusieurs malades, je trouvai les fibromes si nombreux qu'après leur ablation, l'utérus était sérieusement mutilé. Craignant alors que cette mutilation entraîne quelque complication fâcheuse, malgré les lavages et les tampons antiseptiques soigneusement appliqués, je me décidai en pareil cas à faire l'hystérectomie vaginale totale d'autant plus volontiers que depuis quelque temps plusieurs de nos confrères venaient d'appliquer avec succès, à l'étranger, cette opération au cancer de l'utérus. Bien que ces opérateurs n'aient enlevé jusqu'alors que des matrices d'un volume normal, je pensai que, grâce au pincement préventif des ligaments larges et au morcellement des tumeurs qui m'avaient donné de si bons résultats, je pourrais, sans trop de difficultés, enlever par cette voie l'utérus en même temps que les tumeurs qu'il contenait, même quand leur volume atteindrait celui d'une tête de fœtus à terme. C'est dans ces conditions que dès 1882 je fis à Paris, le premier, l'hystérectomie vaginale totale chez une malade affectée de fibromes interstitiels multiples du corps de l'utérus qui avaient produit des hémorragies incoercibles. Le résultat fut si encourageant que, peu de temps après, j'opérai avec succès par la même voie, d'autres malades affectées de sarcomes, de fibromes et de carcinomes utérins. Je

publiai ces faits dans une monographie qui fut présentée à l'Académie de médecine en juillet 1883. Depuis lors je multipliai ces opérations et les résultats furent des plus satisfaisants. Aujourd'hui j'ai fait plus de trois cents fois l'hystérectomie vaginale totale pour les fibromes du corps de l'utérus, avec 98 pour 100 de succès.

Toutes ces tumeurs étaient de petit et de moyen volume, c'est-à-dire qu'elles ne dépassaient guère le niveau des fosses iliaques et de l'ombilic. Celles qui remontaient plus haut dans l'abdomen étaient enlevées comme précédemment, par la voie abdominale seule ou combinée avec la voie vaginale. Toutes siégeaient dans le corps de l'utérus, étaient interstitielles ou sous-péritonéales. Les multiples constituaient l'immense majorité. Soixante seulement sur trois cents opérées étaient uniques. C'est même en raison de cette multiplicité si fréquente que nous avons fini par préférer l'hystérectomie vaginale totale à l'hystérectomie vaginale partielle, qui est beaucoup plus souvent suivie de récidive.

Grâce à une expérience plus étendue, nous arrivâmes à opérer les malades atteintes de complications de toutes sortes.

L'examen de ces complications nous montra bientôt que les fibromes du corps de l'utérus, même quand ils sont peu volumineux, sont loin d'être aussi bénins qu'on le croyait autrefois et que plusieurs de nos confrères sont encore disposés aujourd'hui à l'admettre.

Tout d'abord à ceux qui prétendent que la ménopause amène chez ces malades une guérison spontanée, nous répondrons que notre statistique ne plaide pas en leur faveur.

Sur 250 opérés,	30	avaient	de 20 à 30 ans
	70	—	de 30 à 40 —
	100	—	de 40 à 50 —
	et 10	—	de 60 à 70 —

Ce qui prouve jusqu'à l'évidence que les anciens médecins qui ont appelé critique l'âge de 40 à 50 ans étaient dans le vrai, puisque c'est à cette période que débutent beaucoup de maladies qui mettent la vie en péril; ce n'est donc pas un âge bienfaisant, ainsi que l'ont prétendu certains chirurgiens pour couvrir leur impuissance au lieu d'en faire l'aveu.

Toutes mes opérées, au moment où elles vinrent me consulter, souffraient depuis longtemps, et leur état n'avait pas été amélioré par les moyens médicaux, ainsi qu'on peut en juger par les chiffres suivants. Sur les 300 femmes auxquelles j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale totale, la tumeur avait été reconnue depuis six mois chez 10 d'entre elles.

Depuis 1 an chez 20; 2 ans chez 40; 3 ans chez 40; 4 ans chez 20; 5 ans chez 25; 6 ans chez 30; 7 ans chez 10; 8 ans chez 10; 9 ans chez 10; 10 ans chez 25; 11 ans chez 5; 12 ans chez 10; 13 ans chez 2; 15 ans chez 2; 16 ans chez 2; 17 ans chez 3; enfin chez 7, 18 et même 20 années.

Pendant ce laps de temps bon nombre d'entre elles avaient épuisé toutes leurs ressources pécuniaires soit en se faisant traiter par des ignorants, étrangers à la profession, qui prescrivaient des drastiques, des diurétiques, soit par des médecins en renom qui avaient conseillé les traitements thermaux et mis en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique. Il est à regretter que quelques-uns d'entre eux, en présence de ces insuccès, cherchent encore aujourd'hui à discréditer ceux de leurs collègues qui parviennent presque sans danger à sauver leurs malades par l'hystérectomie vaginale, alors qu'ils n'ont pu leur être utiles. Quelques unes de nos opérées avaient même été traitées sans plus de succès par des chirurgiens connus qui avaient eu recours au curettage, à l'électricité, au massage ou à des opérations incomplètes, telles que l'ablation d'un ou deux fibromes ou la castration tubo-ovarienne. Malgré toutes ces tentatives, les tumeurs n'avaient pas cessé de progresser, même quand les deux ovaires avaient été enlevés; à plus forte raison lorsque les chirurgiens n'y étaient pas parvenus, ainsi que cela eut lieu chez une femme à laquelle un de nos collègues n'avait pu retirer l'année précédente qu'un seul ovaire par la voie abdominale, et chez une autre à laquelle un autre collègue, non moins distingué, avait tenté vainement d'enlever par la voie abdominale, cinq ans auparavant, les deux ovaires qu'il avait trouvés trop adhérents à l'intestin grêle.

Quelques chirurgiens pensent comme nous qu'il y a une relation entre les fibromes et le cancer du corps de l'utérus. J'ai démontré dès 1856, avec Ordoñez, la facilité avec laquelle les fibromes, quelle que soit la région où ils prennent naissance, peuvent récidiver sous forme de sarcome; aussi n'ai-je pas été étonné d'avoir eu, chez deux malades, en faisant l'hystérectomie vaginale totale, l'occasion de trouver des fibromes devenus sarcomateux et, chez six autres, un épithélioma en même temps que des fibromes du corps de l'utérus. Chez deux d'entre elles l'épithélioma occupait le corps, chez quatre le col de cet organe. Une fois, après avoir enlevé par le vagin le corps de l'utérus fibromateux, nous avons constaté que les deux ovaires étaient cancéreux : nous les avons enlevés ensuite avec succès par la voie abdominale.

Par contre, nous avons vu plusieurs malades qui étaient cachectiques et chez lesquelles on avait pour ce motif cru à du cancer. Chez trois d'entre elles, les tumeurs étaient seulement compli-

quées d'un kyste ou d'une atrésie cicatricielle de l'endomètre consécutive à une résection du col hypertrophié.

Parmi les complications fâcheuses qui sont la conséquence des fibromes du corps de l'utérus, nous devons signaler encore celles qui ont trait à la fécondation, à la parturition, à l'accouchement et à ses suites. Les fibromes sont fréquents chez les vierges, ce qui prouve que la grossesse n'est pas nécessaire pour en favoriser la manifestation. Mais chez un grand nombre de nos opérées nous avons constaté qu'ils peuvent occasionner de nombreux désordres du côté de l'appareil génital. Chez plusieurs le vulvo-vaginisme rendait, depuis six à dix ans, tout rapprochement impossible; d'autres avaient eu des fausses couches, des enfants morts-nés; chez une autre enfin nous nous trouvâmes en présence d'une grossesse tubaire avec putréfaction du fœtus et du placenta. Quant aux modifications que ces tumeurs impriment aux tuniques utérines et au danger que la présence de ces tumeurs fait courir à la mère ou à l'enfant pendant la grossesse, nous n'y insisterons pas, ces complications ayant été bien décrites par les accoucheurs.

Les états morbides que nous avons observés chez les malades atteintes de fibromes et qu'il nous reste à examiner sont si nombreux, si variables, qu'il convient, avant d'aller plus loin, de distinguer ceux qui sont sous la dépendance d'un état général concomitant de ceux qui sont directement liés aux fibromes et qui en sont l'effet plus souvent que la cause.

Les maladies générales concomitantes que nous avons eu à noter chez nos opérées sont les suivantes : la syphilis (1 cas avec exostose cranienne); la scrofule, la tuberculose, le lymphatisme très accentué dans l'enfance (2 cas); le mal de Pott (1 cas); les affections cardiaques, endocardites et péricardites rhumatismales (1 cas); l'obésité (8 cas); les affections chroniques des bronches avec catarrhe ou emphysème datant de six à vingt ans (9 cas); les affections rénales (rein mobile, 1 cas), albuminurie, anurie, dysurie, pollakisurie (3 cas), coliques néphrétiques (4 cas datant de 1 à 12 ans); le paludisme (1 cas datant de 10 ans); les maladies du foie, hypertrophie (1 cas), coliques hépatiques (3 cas datant de 9 mois à 20 ans); le rhumatisme articulaire et l'herpétisme (4 cas datant de 15 mois à 4 ans, l'un d'eux compliqué d'obésité, un autre d'affection cardiaque); les varices des membres inférieurs et de la vulve (3 cas). Il est à noter que plusieurs de ces affections, en particulier les maladies du cœur et du rein, accompagnent assez souvent les grands fibromes de l'utérus pour que Potain et Lancereaux n'aient pas craint d'affirmer que les fibromes eux-mêmes peuvent en favoriser la manifestation : notre expérience vient à l'appui de leur opinion.

Il est d'autres états morbides, comme les hémorroïdes, les maladies nerveuses et mentales, qui ont parfois précédé la manifestation des fibromes, mais qui peuvent aussi en être la conséquence ou en subir tellement l'influence qu'elles sont alors considérées comme des complications réelles de l'affection qui nous occupe. C'est ainsi que nous avons, chez trois malades, trouvé la toux, l'éternûment ou la dyspepsie utérine; que chez vingt autres nous avons eu à combattre le nervosisme datant de un à quatre ans; chez dix autres, l'hystérie datant de six à douze ans; chez six, l'hypocondrie datant de trois à quinze ans; chez deux la folie, chez six le suicide ou la tentative même de suicide provoquée par des souffrances datant de un à dix ans. Nous avons également noté : le noctambulisme (1 cas) chez une morphinomane qui avait eu plusieurs crises de manie aiguë; l'éclampsie chez deux malades qui avaient été déclarées incurables; chez deux autres la paraplégie datant l'une de deux, l'autre de dix ans; chez deux la sénilité précoce à la suite d'attaques d'hystérie ou de manie aiguë; chez vingt le péritonisme; chez une, l'éthéromanie qui datait de vingt années et qui disparut cependant à la suite de l'opération; chez deux la morphinomanie, datant de huit à dix ans; chez six enfin l'alcoolisme, datant de six à dix-huit années.

D'autres complications, plus rares encore, méritent cependant d'être décrites, puisque nous avons eu l'occasion de les constater chez plusieurs malades. Ce sont : l'obstruction intestinale; la rétention d'urine provenant de la compressiou du rectum ou de la vessie; la phlébite des membres inférieurs due à la propagation de l'inflammation des veines de l'utérus aux branches de l'hypogastrique et à la saphène interne, ce qui est fréquent, parfois même à la veine iliaque externe, comme nous l'avons vu chez une malade dont nous amputâmes avec succès la jambe gauche qui avait été frappée de gangrène humide. Ce sont aussi les embolies qui succèdent habituellement aux phlébites avant ou après l'opération; l'angioleucite des membres inférieurs ou supérieurs qui s'observent plus souvent avant ou après l'opération; enfin la crétification des artères utérines ou artério-sclériose que nous avons vue généralisée à toutes les artères de l'utérus et des annexes chez une de nos opérées.

Les complications les plus communes sont : les névralgies; les métrorragies; la leucorrhée fétide; les inflammations de l'utérus; les inflammations, les suppurations et les kystes des trompes, des ovaires, des ligaments larges; et les péritonites; les hématocèles ; la fièvre ; les vomissements; l'anémie; l'inanition; les syncopes et le séjour au lit. Ces complications sont tellement communes qu'elles constituent de véritables symptômes.

Les névralgies sont presque toujours iléo-lombaires, plus rarement sciatiques, intercostales, hépatiques, gastriques. Sur 250 opérées, plus de 20 fois elles dataient de six mois à vingt-deux ans ; chez le plus grand nombre elles dataient de deux à dix ans.

Les métrorragies ne sont pas moins fréquentes. Chez la plupart des opérées, elles dataient de un à sept ans; chez d'autres, de neuf à onze mois; chez plusieurs de dix à vingt ans.

La leucorrhée fétide apparaît habituellement dans l'intervalle des métrorragies : chez plusieurs malades elle avait fait croire que la tumeur était cancéreuse.

L'utérus lui-même est souvent altéré par les fibromes; presque toujours il est déplacé, ce qui explique pourquoi plusieurs malades avaient une dysménorrhée intense et se tordaient de douleurs au moment des époques. Chez d'autres il était couvert de fausses membranes ou relié par des adhérences péritonitiques aux organes voisins, si bien qu'il fallut redoubler de précautions pour le détacher. Chez une malade, qu'un confrère avait vainement essayé d'opérer par la voie vaginale, nous trouvâmes le fond de l'utérus inversé. Chez quatre autres, nous découvrîmes des hématomètres dues, chez l'une à un rétrécissement cicatriciel produit par des cautérisations intempestives ; chez une autre à un rétrécissement consécutif à l'excision du col faite sans précautions ; enfin chez deux, à l'oblitération produite mécaniquement par un fibrome. Chez presque toutes nos opérées, les tuniques muqueuse et musculeuse de la matrice étaient hypertrophiées, friables et remplies de pus : chez plusieurs, elles étaient détruites par la suppuration sur une grande étendue. En même temps que l'utêrus, les ovaires, les trompes et les ligaments larges étaient fréquemment le siège de désordres réellement incroyables. Chez beaucoup de malades, ils étaient le siège de lésions inflammatoires graves ou de productions néoplasiques avec lesquelles il nous fallut compter. Sur nos 300 opérées, nous avons trouvé : chez 30, dans les ovaires, des kystes séreux, uniloculaires ou multiloculaires, du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête d'adulte; chez d'autres, en nombre à peu près égal, nous trouvâmes, dans les annexes de l'un ou des deux côtés, des kystes hématiques; chez un nombre un peu moins considérable, les trompes avaient le volume d'un œuf de poule, remplies de sang ou de sérosité; chez 70, les trompes ou les ovaires d'un côté ou des deux côtés détruits par la suppuration; chez 10 les ligaments larges infiltrés de pus. Une fois la trompe renfermait 3 litres de liquide chargé de cholestérine ; une autre fois elle contenait un fœtus de cinq mois en pleine putréfaction. Trois

fois nous avons trouvé, en même temps que les fibromes, des sarcomes qui avaient pris naissance dans les ligaments larges.

Chez presque toutes, ces désordres étaient accompagnés de tympanisme ou de pelvi-péritonite : chez 15 d'entre elles, la péritonite était aiguë, récente et datait de six à douze mois; chez 80 autres, elle était subaiguë et limitée au péritoine pelvien; parfois elle s'était manifestée sous forme de poussées qui avaient mis à plusieurs reprises la vie en danger. L'une de nos opérées avait eu depuis vingt ans plus de 60 poussées survenues à intervalles variables; d'autres avaient eu, dans un laps de temps analogue, des crises violentes, à intervalles réguliers, distants de plusieurs années.

Chez la plupart des malades qui avaient eu des péritonites récentes, celles-ci étaient généralisées; chez les autres au contraire, l'inflammation était limitée au péritoine pelvien qui contenait alors de la sérosité, du sang, de la cholestérine ou du pus. Plusieurs fois nous y trouvâmes même des gaz qui provenaient de portions d'utérus ou de fibromes sphacélées ou de perforations intestinales.

Toutes ces collections séreuses, hématiques, purulentes de l'utérus, des ovaires, des trompes, des ligaments larges, du péritoine exerçaient une compression fâcheuse sur les organes voisins et tendaient à se faire jour du côté de la vessie, de l'S iliaque, du rectum ou du vagin. Chez 30 malades, ces perforations se produisirent spontanément de deux mois à un an après que la collection purulente eut été reconnue; elles eurent lieu chez d'autres, plus tardivement, parfois même à plusieurs reprises, pendant un espace de temps qui variait de une à huit années.

Les vomissements sont une des complications les plus fréquentes chez les malades atteintes de fibromes utérins. Chez 50 malades, ils étaient accompagnés de gastralgie et avaient produit un amaigrissement considérable. En peu de temps ils avaient fait perdre 20 kilos à plusieurs malades.

L'inanition était poussée chez d'autres au point qu'elles ne pouvaient tolérer ni les aliments, ni les boissons. L'anémie était tellement avancée chez certaines opérées qu'elles étaient devenues hémophiliques, qu'elles avaient de l'œdème des extrémités, ou une décoloration générale des tissus.

C'est ce qui explique pourquoi une soixantaine de malades étaient obligées de garder le lit lorsque nous les avons opérées. Un tiers d'entre elles étaient alitées depuis un mois à un an, les autres depuis deux années, plusieurs depuis quatre à sept ans, et même l'une d'elles depuis vingt ans.

On conçoit que ces malades n'aient pu supporter de pareilles

secousses sans que l'existence ait été sérieusement compromise. Toutes n'auraient pas tardé à succomber si nous n'avions pas eu recours à l'hystérectomie. Malgré tous nos efforts, nous ne pûmes empêcher six de nos opérées de mourir, une de faiblesse, une de phlegmon iliaque, une de broncho-pneumonie, une de folie par peur opératoire, une de maladie cardiaque, la dernière d'embolie : ces deux dernières succombèrent un an après l'intervention chirurgicale.

Telles sont les principales complications que nous avons rencontrées chez les malades que nous avons opérées par la voie vaginale, c'est-à-dire chez celles dont les tumeurs étaient de petit et de moyen volume. Sans nul doute la vie était encore plus compromise chez celles, au nombre de plus de 200, qui portaient des fibromes plus volumineux et que nous dûmes opérer par la voie abdominale.

Pour tous ces motifs nous n'hésitons pas à conclure aujourd'hui, comme nous l'avons fait depuis de longues années : « que les fibromes du corps de l'utérus, lors même qu'ils ne sont pas très volumineux, sont des tumeurs dangereuses, qui donnent souvent lieu à des complications graves et qu'il faut opérer dès qu'elles sont reconnues ». Telles sont les conclusions que nous avons exposées dans la thèse d'agrégation de Vautrin, dans la thèse inaugurale de Secheyron et dans les monographies que nous avons publiées à diverses époques. Nous nous basons pour les défendre sur nos statistiques personnelles et sur celles de plusieurs de nos collègues, Segond, Prengrueber, Jacobs, Tournay par exemple, qui démontrent jusqu'à l'évidence : « que l'ablation de ces tumeurs est peu dangereuse quand elle est pratiquée de bonne heure, avant que les malades soient épuisées par les complications qui en sont habituellement la conséquence ».

Voici d'ailleurs, en quelques mots, le résumé de nos statistiques personnelles.

Sur 200 tumeurs kystiques et fibro-kystiques du corps de l'utérus ayant nécessité, de 1868 à janvier 1893, l'hystérectomie abdominale, en raison de leur immense volume, nous avons obtenu 170 succès et 30 insuccès. Pendant cette longue période, la proportion des guérisons s'est accrue à mesure que le manuel s'est perfectionné puisque, de 1868 à 1886, la mortalité était de 20 p. 100 tandis que, depuis cette époque, elle est descendue à 10 p. 100.

Sur 50 fibromes, non moins volumineux, qui ont été opérés par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées, la mortalité s'est abaissée à 2 p. 100.

Sur plus de 300 fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de l'utérus, types, mixtes, compliqués, presque tous mul-

tiples, opérés par la voie vaginale seule, de 1882 à janvier 1893, nous avons eu 2 p. 100 de mortalité. Ces résultats favorables sont dus sans contredit au pincement des ligaments larges et au morcellement des tumeurs, méthode dont nous ne cesserons de réclamer la priorité, malgré les tentatives grossières qui, le croirait-on? sont faites encore aujourd'hui pour nous la disputer.

Ces chiffres ne sont-ils pas encourageants quand on les compare à celui de la mortalité qui se déclare chez les malades qui ont refusé l'opération?

Les tumeurs fibreuses de l'utérus,

Par le Dr Doyen (de Reims).

Je suis absolument de l'avis de M. Péan; l'on a singulièrement exagéré l'innocuité des tumeurs fibreuses, même de petit volume; quant à l'influence bienfaisante de la ménopause, il est également parfaitement exact que le plus souvent c'est une illusion que d'y compter; il n'est pas rare de voir des malheureuses qui voient leur fibrome se transformer en sarcome avec les progrès de l'âge; il est encore moins rare de voir les métrorragies pathologiques dues à la tumeur, persister malgré la cessation des règles.

Il faut donc opérer toutes les tumeurs fibreuses, mais, pour cela, il importe d'avoir à sa disposition un procédé opératoire qui permette de compter à peu près à coup sûr sur la guérison.

Les ablations des fibromes volumineux, justiciables de la seule laparotomie, étaient considérées, ces derniers temps, comme particulièrement graves puisqu'on relève, en effet, dans les statistiques de Terrier (1885-1892), l'énorme proportion de 41 p. 0/0 d'insuccès. Péan (1885-1887) n'en comptait pas moins de 30 p. 0/0. Or, comme ces opérations étaient les seules pratiquées couramment, on comprend que, pendant longtemps, certains chirurgiens aient renoncé à les pratiquer, mettant ainsi en relief les électriciens qui s'improvisèrent à l'envi, électrisant sans diagnostic, comme sans résultats réels, kystes, fibromes et cancers péritonéaux, pour nous laisser revenir des malades incurables et couverts d'escarres et de cicatrices.

Depuis que Péan a fait entrer dans la pratique l'ablation des fibromes par hystérotomie ou hystérectomie vaginale, ces méthodes ont transformé la statistique des opérations tentées contre les fibromes utérins, et l'abstention dont je viens de parler ne saurait plus se justifier.

M. Péan vient de vous annoncer 98 p. 0/0 de succès; en ce

qui me concerne, sur 33 malades, je n'en ai perdu qu'une seule dont les pinces étaient remontées à l'ombilic par suite de la négligence d'une infirmière qui l'avait laissée s'asseoir sur son lit.

C'est en 1887 que j'ai fait ma première hystérectomie totale pour fibrome, sans connaître la pratique du chirurgien de Saint-Louis, dont le procédé a été modifié maintes fois comme en témoignent ses observations. Le manuel opératoire que j'ai adopté à cette époque et que j'ai conservé à l'heure actuelle, est le suivant :

Après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur et décollé la vessie, nous sectionnons longitudinalement la lèvre antérieure du col. Deux pinces à griffes saisissent les lèvres de cette incision aussi haut que possible, et abaissent la portion supérieure du col : le cul-de-sac péritonéal antérieur est alors ouvert en prolongeant vers le fond de l'utérus notre section longitudinale. L'utérus est-il de moyen volume, il suffit d'abaisser, à l'aide de deux nouvelles pinces, le corps même de l'organe, saisi au niveau de sa surface péritonéale, et d'entamer hardiment le fond de l'utérus, qui, après quelques tractions, se présente à la vulve.

Le diamètre de la tumeur atteint-il 12 à 14 centimètres, nous incisons sa face antérieure en V, et nous tentons d'abaisser ce V médian; si la boutonnière vagino-péritonéale se laisse distendre, il n'est pas rare que nous puissions extraire en quelques minutes des tumeurs volumineuses d'une seule pièce. L'extraction se montre-t-elle impossible, nous réduisons le volume de la tumeur; quand cette réduction est suffisante, l'utérus sort de la vulve comme entr'ouvert. Nous saisissons alors les annexes gauches avec une pince à anneaux, nous abaissons le ligament large correspondant entre le pouce et l'index gauche et nous introduisons notre première pince à mors élastiques d'avant en arrière et de haut en bas, de sorte que l'ovaire se trouve répondre à la base des mors, et le col utérin à leur extrémité; la pince est serrée à fond, et nous en appliquons au-dessous une plus grêle qui ne sera enlevée que quelques heures après la première. Le second ligament est traité de même, et l'utérus détaché à grands coups de ciseaux, entraînant avec lui les ovaires et les trompes.

(M. Doyen décrit ensuite son procédé d'hystérectomie abdominale [voir *Bulletin médical*, 1892, p. 1239], au compte rendu du Congrès de gynécologie de Bruxelles.)

Si nous comparons maintenant le procédé d'hystérectomie vaginale de Péan et le nôtre, nous constatons qu'ils n'ont entre eux aucune analogie. Nous abordons différemment la tumeur. Péan pratique la section bilatérale du col, avec résection des deux valves ainsi obtenues, etc. Le mode d'extraction de l'utérus ne

diffère pas moins, puisque Péan, et, après lui, Segond, morcellent le centre de la tumeur, et procèdent par évidement conoïde, tandis que nous agissons à sa surface, en plein péritoine. Nous ne pouvons mieux exprimer les avantages de notre procédé sur celui de Péan, qu'en citant deux observations, où, faute de pouvoir ouvrir le péritoine dès le début de l'opération, celle-ci a eu une durée double de la durée habituelle de nos hystérectomies.

Si nous passons au procédé d'hémostase, nous relevons des différences non moins saillantes. L'hémostase des ligaments larges, comme l'a fait Péan, comprend :

1° L'hémostase préventive, qu'il pratique avec ses pinces au cours de l'opération;

2° L'hémostase définitive, qui est obtenue en laissant les mêmes pinces à demeure pendant quarante-huit heures.

Or, jusqu'en juillet 1885, Péan enlevait, à la fin de l'opération, les pinces qui avaient servi à l'hémostase préventive, après avoir posé des ligatures, et suturait la plaie péritonéale. Deux fois seulement et par nécessité, il avait laissé les pinces à demeure. Richelot eut donc le mérite incontestable de proposer le premier de substituer dans tous les cas, et sans exception, la forcipressure définitive à la ligature des pédicules tubo-ovariens. Richelot n'a jamais contesté à Péan d'avoir, l'un des premiers, après Spencer Wells, démontré les avantages de la forcipressure, ou plutôt d'avoir abusé, dans les opérations les plus bénignes, de l'application des pinces à demeure.

C'est ainsi que Péan, dans une série de 87 hystérectomies, a employé 1771 pinces à demeure, soit 8 au minimum, dans deux cas seulement, et 50 au maximum, c'est-à-dire une moyenne de 20. On se demande quels vaisseaux pouvaient saisir tous ces instruments, puisque nous enlevons par le vagin des utérus de deux kilog., sans hémostase préventive comme sans hémorragie postopératoire, tout en nous contentant, pour l'hémostase définitive, d'une seule de nos pinces sur chaque ligament large. Cette méthode des pinces multiples n'est d'ailleurs pas aussi parfaite que le dit Péan, car nous relevons dans ses cliniques les détails suivants : « Malgré le soin mis à faire l'opération, qui dura une heure, la malade a perdu 100 gr. de sang. » D'autres ont perdu 150, 200 gr. de sang pendant l'opération. Une autre fois, c'est une hémorragie post-opératoire de 200 grammes.

Cette insistance de Péan à employer préventivement trente ou quarante pinces pour des opérations où nous nous contentons de trois ou quatre ligatures, prouve, d'abord, que Péan n'opère pas aussi vite qu'on le croit en général, et en second lieu que sa grande préoccupation a toujours été l'hémorragie. Tout en décla-

rant hautement que la méthode de forcipressure préventive et définitive de Péan, combinée au morcellement des tumeurs, a été à une certaine époque un grand progrès sur les méthodes alors en usage, nous ne pouvons nous empêcher de dire qu'aujourd'hui nous devons faire mieux, et qu'il est préférable d'acquérir une dextérité opératoire suffisante pour extirper sans hémorragie appréciable la plupart des tumeurs. Péan abandonnera donc de lui-même la forcipressure préventive dès qu'il aura constaté qu'elle est inutile, et que les vaisseaux de la capsule des tumeurs cessent de saigner aussitôt que l'énucléation est complète.

La forcipressure préventive a vécu, et ne sera plus qu'une méthode d'exception, applicable, comme la bande d'Esmarch, à des cas assez rares et bien déterminés. En d'autres termes, cette forcipressure préventive n'est qu'un impedimentum pour l'opérateur et Péan, en en revendiquant la paternité, s'attribue de fait une méthode défectueuse.

Ajoutons en terminant que l'hystérectomie vaginale, telle que la fait Péan, est moins rapide que l'hystérectomie par notre procédé, aussi avons-nous fréquemment relevé dans ses observations des ablations d'utérus de petit volume qui duraient 15, 20 ou 30 minutes, tandis que nous terminons couramment en 6 à 8 minutes l'extirpation totale d'un utérus de 9 à 10 centimètres de diamètre. Or, cette rapidité a bien ses avantages.

DISCUSSION

M. Péan (de Paris). — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication de M. Doyen fils et j'ai été heureux de constater qu'il accepte bien volontiers les conclusions que j'ai posées le premier. Savoir :

1° Que les fibromes du corps de l'utérus doivent être opérés de bonne heure en raison des complications qui les accompagnent si souvent;

2° Que l'ablation de l'utérus, suivie de celle des annexes par la voie vaginale, mérite la préférence toutes les fois qu'elle est applicable;

3° Que cette ablation est moins dangereuse, plus rationnelle, plus efficace que la castration tubo-ovarienne et que pour ce motif elle doit lui être préférée. Mais j'ai été surpris, je l'avoue, quand je l'ai entendu déclarer :

1° Que la méthode d'hystérectomie qu'il emploie pour enlever les fibromes par la voie vaginale ne ressemble en aucune façon à la mienne;

2° Qu'il est parvenu au cours de l'opération à supprimer le mor-

cellement et le pincement préventif alors même que ces tumeurs remontent à l'ombilic;

3° Que ma méthode est mauvaise parce qu'elle est moins rapide que la sienne;

4° Que le pincement préventif est inutile et que je serai bientôt forcé de l'abandonner pour toutes les opérations, comme on a abandonné l'écraseur linéaire.

Or, à mon grand étonnement, j'ai vu que M. Doyen, en complétant sa description, n'avait fait que m'imiter et que les légères modifications qu'il a apportées à ma méthode, au lieu de la simplifier, en diminuent la sécurité.

Voici en effet comment procède M. Doyen :

« Dans le premier temps, dit-il, je dissèque le col; puis, au lieu de l'exciser, je l'incise en avant et je conserve la lèvre postérieure. »

J'avais, dans mes premières opérations, cherché à suivre cette ligne de conduite qui avait été préconisée par Müller, mais je n'ai pas tardé à reconnaître que la section médiane de l'utérus est beaucoup moins favorable pour enlever la tumeur que l'incision bilatérale. J'avais également remarqué que la portion d'utérus conservée était plus nuisible qu'utile au cours aussi bien qu'à la fin de l'opération. Je suis encore de cet avis. J'estime qu'il est avantageux d'enlever le col toutes les fois que le corps de l'utérus est ramolli, volumineux, très adhérent, farci de tumeurs interstitielles.

Par contre, je considère l'incision et l'excision comme étant peu utiles quand l'utérus est petit et mobile, comme dans le prolapsus simple et les grandes névralgies utéro-ovariennes.

« Dans le second temps, ajoute M. Doyen, il me suffit de couper la paroi antérieure du corps de l'utérus avec des ciseaux pour réduire son volume et celui des tumeurs qu'il contient. »

Mais est-ce là autre chose que le morcellement? M. Doyen ne me semble pas avoir bien compris la méthode dont je fais usage, si je m'en rapporte à la lecture de ses travaux. Il lui reste encore sur ce point beaucoup à apprendre.

« Dans le troisième temps, poursuit M. Doyen, je fais basculer le fond de l'utérus et je détache cet organe après avoir fait le *pincement préventif* des ligaments larges de haut en bas. » Il n'est donc pas encore près d'abandonner cette méthode d'hémostase! Et d'abord ne confond-il pas l'hémostase temporaire, l'hémostase préventive et l'hémostase définitive? Nous croyons qu'il lui serait profitable, pour s'éclairer sur ce point, de consulter à ce sujet nos travaux et ceux de nos élèves.

« Dans le quatrième temps, dit encore M. Doyen, j'enlève les

annexes, ce à quoi M. Péan n'a songé que dans les cas où l'ovaire et la trompe viennent d'eux-mêmes à la vulve. »

Il est singulier que M. Doyen m'ait prêté une telle naïveté. J'ai en effet toujours soutenu qu'il fallait enlever les annexes en totalité toutes les fois que cela était possible, mais qu'il n'y avait pas trop à s'en préoccuper quand ils avaient été détruits par l'inflammation et par la suppuration. Il suffit alors de savoir diriger les soins ultérieurs et sur ce point tous mes internes sont d'une habileté reconnue.

Enfin, pour mieux prouver son ignorance de l'historique de ces questions, M. Doyen, contraint d'avouer qu'il m'imite, déclare que le pincement préventif et le pincement définitif des ligaments larges au cours de l'hystérectomie vaginale appartiennent à Spencer Wells, Kœberlé et Richelot.

« Ils appartiennent, dit-il, à Spencer Wells, parce que Pozzi l'a écrit dans son journal et dans son livre. »

Puisqu'il semble l'ignorer, qu'il me permette de lui rappeler ce qu'a fait mon ami Spencer Wells pour la technique de l'hystérectomie vaginale.

Avant que j'aie pratiqué le premier, en 1882, l'hystérectomie vaginale pour les gros fibromes interstitiels hémorragiques, quelques chirurgiens français et étrangers avaient enlevé l'utérus cancéreux avec plus ou moins de succès par la voie vaginale, à l'instar de Récamier.

Depuis, dans une séance de la Société gynécologique de Londres, tenue en 1882, et à laquelle Spencer Wells assistait, un chirurgien déclara qu'il avait eu, en enlevant un utérus cancéreux par le vagin, une hémorragie mortelle parce qu'il n'avait pu lier une artère divisée. Il demanda alors à ses collègues comment il aurait dû s'y prendre pour empêcher cette femme de succomber. Spencer Wells, qui connaissait à merveille ma méthode et qui depuis de longues années m'avait vu appliquer le pincement préventif des ligaments larges par l'abdomen et le vagin, répondit à l'opérateur qu'il suffisait en pareil cas de pincer le vaisseau divisé et de laisser la pince à demeure pendant deux ou trois jours pour obtenir l'hémostase définitive. En faisant cette observation, Spencer Wells ne croyait certainement pas faire une découverte. C'est cependant sur cet unique fait que Pozzi s'est basé pour tâcher de faire croire à Spencer Wells lui-même qu'il était le véritable inventeur du pincement préventif des ligaments larges.

Les effets de la complaisante, mais peu patriotique allégation de Pozzi, ne se firent pas longtemps attendre. En 1889 Spencer Wells publia une courte brochure sur l'hystérectomie vaginale

appliquée au cancer de l'utérus. Dans cette brochure, que j'ai sous les yeux, il accepte avec reconnaissance la priorité que lui offre Pozzi et cite le passage que celui-ci a fait paraître dans son livre; toutefois il déclare qu'il fait plus volontiers l'hystérectomie avec des ligatures et il le prouve par les figures tirées de sa pratique habituelle.

Or Spencer Wells ignorait en 1889 que j'avais fait l'hystérectomie vaginale en me servant du pincement préventif dès 1882 et que mes observations avaient été publiées dans une monographie que j'avais présentée à l'Académie de médecine de Paris le 3 juillet 1883. Il était moins permis à Pozzi qu'à Spencer Wells de l'ignorer. Quant à M. Doyen fils, je pense qu'instruit de ces faits il ne pensera plus désormais à me dépouiller au bénéfice du chirurgien anglais.

Sans plus de réflexion, M. Doyen vient d'ajouter qu'il reconnaît à Koeberlé le mérite d'avoir fait le premier le pincement préventif des ligaments larges au cours de l'hystérectomie vaginale. Mais ce chirurgien, qui vit à l'étranger, n'a rien revendiqué de semblable dans la brochure, écrite d'une plume sénile et grossière, qu'il a fait distribuer à profusion à la porte du Congrès. Dans ce libelle outrageant, Koeberlé se contente d'attribuer à Verneuil la découverte du pincement préventif au cours des opérations chirurgicales. Peut-être n'avait-il pas été avisé à temps des intentions de M. Doyen. Mais il a déféré plus tard à l'invitation de ce dernier, ainsi que l'établit la communication qu'il vient de lire au congrès, Koeberlé y fait remonter cette découverte, prétendue personnelle, à une époque qui varie de 1863 à 1867.

On sait en effet que Koeberlé et Verneuil n'ont rien négligé pour faire croire que ce sont eux qui m'ont appris à faire le pincement temporaire, préventif et définitif des vaisseaux; le premier, parce que, au cours de plusieurs opérations, il s'est servi de la pince à piton de Charrière pour faire l'hémostase temporaire avant de lier les vaisseaux et par la raison que deux ou trois fois il a été obligé de laisser des pinces à demeure faute de pouvoir appliquer des ligatures; le second, parce qu'il a inventé le mot de forcipressure (n'oublions pas à ce propos que Verneuil attribue à Desault ce mode d'hémostase).

Mais Doyen, malgré tout son bon vouloir, aurait-il jamais enlevé rapidement les grands fibromes de l'utérus par la voie vaginale, s'il n'avait eu entre les mains que les pinces à arrêt de Charrière modifiées par Koeberlé? A-t-il également le droit d'ignorer que Verneuil n'a appris le pincement préventif et définitif des vaisseaux que par mes élèves?

Actuellement encore, j'affirme que Verneuil et Koeberlé, malgré

tout ce que mes élèves et moi avons publié, seraient incapables d'appliquer ma méthode s'ils la connaissent, ce dont je doute.

M. Doyen nous demande ensuite s'il ne serait pas temps d'attribuer à Richelot la découverte du pincement préventif et définitif des vaisseaux des ligaments larges au cours de l'hystérectomie vaginale. Sur ce point il est moins excusable que sur les autres. Il était assurément beaucoup trop jeune quand je publiai mes premiers travaux sur le pincement des vaisseaux pour les connaître; mais il m'avait vu souvent opérer à Saint-Louis avant l'époque où Richelot apprenait de mes élèves à se servir de mes pinces pendant qu'il me remplaçait comme chirurgien du bureau central. Il n'a donc pas le droit d'ignorer que j'avais l'habitude déjà à cette époque de faire le pincement préventif au cours de l'ablation de toutes les tumeurs, aussi bien celles de l'utérus que celles des autres organes. Il n'avait d'ailleurs qu'à consulter ceux de ses collègues de l'internat qui travaillaient dans mon service et à lire mes publications et celles de mes élèves pour savoir que personne avant moi n'avait songé à tirer parti du pincement préventif et du pincement définitif au cours de toutes les opérations. Il est vrai que, pour montrer la part qui revient exclusivement à Richelot, il affirme que celui-ci ne suture jamais le fond du vagin après avoir enlevé l'utérus. Sur ce point ma pratique diffère en effet légèrement de celle de mon collègue. J'ai l'habitude, lorsque le fond du vagin est trop large, de le rétrécir par quelques points de suture pour empêcher l'épiploon ou l'intestin de trop descendre entre les pinces qui doivent rester en place de une à quarante-huit heures. Et si tous ces détails ne sont pas mentionnés dans toutes mes observations, c'est qu'ils sont assez longuement décrits dans celles que j'ai antérieurement publiées dans mes volumes de clinique.

Après avoir établi, contre les chirurgiens qui me les disputaient, mes droits de priorité, j'ai été surpris d'entendre M. Doyen déclarer devant ce Congrès, en 1893, que le véritable inventeur de l'hystérectomie vaginale, appliquée aux fibromes et aux suppurations pelviennes, devait être lui-même parce qu'il l'a pratiquée le premier sans recourir au pincement et au morcellement. Cette assertion m'étonna d'autant plus que j'ai vu plusieurs fois le D[r] Doyen père, un de mes bons et anciens camarades d'internat, assister à mes hystérectomies vaginales à Saint-Louis et qu'il n'avait jamais songé à me faire part de la grande découverte de son fils. Plusieurs confrères qui avaient vu M. Doyen fils faire ces opérations, ne furent pas moins étonnés que moi d'apprendre quelles étaient ses revendications. Ils l'avaient toujours vu recourir au pincement et au morcellement. « A coup sûr, ajoutèrent-ils, il ne se sert ni des

pinces de Spencer Wells, ni de celles de Koeberlé, mais bien de vos pinces longuettes que Richelot et lui ont trouvées toutes faites chez MM. Mathieu et Mariaud quand ils les ont employées pour la première fois. Il a cherché, sans y parvenir, à modifier un peu les mors de vos pinces et il cherche aujourd'hui, aussi souvent qu'il le peut, à n'en appliquer que deux au cours de l'opération ; cela ne suffit pas pour prouver qu'il a découvert une nouvelle méthode. » Il paraît en effet que M. Doyen fils se sert de pinces dont les mors sont disposés de façon à être plus écartés du côté de l'articulation que de leur extrémité libre. Cette disposition, que je leur avais donnée autrefois, en faisant même recourber l'extrémité libre de l'un des mors pour mieux empêcher les tissus saisis de s'échapper, je l'ai abandonnée depuis comme étant moins favorable pour assurer l'exactitude du pincement sur toute la longueur des mors, de sorte qu'il vante aujourd'hui mes pinces de rebut. Quant à n'appliquer que deux pinces à mors longs et larges chez toutes les malades au cours de l'hystérectomie vaginale, au lieu d'y trouver, comme M. Doyen, un avantage, j'y ai depuis longtemps trouvé un inconvénient. Le pincement préventif a surtout pour but de permettre à l'opérateur de bien voir les tissus profonds avant de les sectionner. Or la longueur des mors, quand elle est trop considérable, c'est-à-dire quand elle dépasse 6 à 7 centimètres, expose à pincer à la fois et sur une trop grande largeur des tissus friables, dont il importe de suivre le détachement progressif. Au début de ma pratique, je me contentais d'appliquer quatre pinces, droites ou courbes, sur les ligaments larges, deux sur leur partie supérieure, deux sur l'inférieure, comme on peut le voir en consultant les figures que j'ai publiées dans mes leçons sur le morcellement. Depuis cette époque, je ne me sers que de pinces à mors droits et j'en applique un plus grand nombre lorsque l'utérus et ses annexes sont volumineux, friables, suppurés et reliés aux organes voisins, épiploon, intestin, vessie, parois du bassin, par des adhérences anciennes, très vasculaires. L'utérus et ses annexes enlevés, j'en place de plus petites sur les vaisseaux saignants de la région péritonéo-vaginale lorsque les malades sont hémophiliques et tellement anémiées que la moindre perte de sang doit leur être épargnée. Ce sont donc les complications que je rencontre au cours de l'hystérectomie vaginale qui seules allongent la durée de l'opération. Le nombre des pinces a, du reste, peu d'importance puisque la plupart sont enlevées au bout d'une heure et les autres de vingt-quatre à quarante-huit heures après. N'avons-nous pas démontré, le premier d'ailleurs, que leur séjour dans les plaies, lorsqu'il est aussi limité, est sans danger, quelle que soit la région?

Pour toutes ces raisons, je n'hésite pas à affirmer que notre méthode de pincement et de morcellement, dont M. Doyen fils cherche vainement à nous contester la priorité, a plus fait, pour abréger la durée de l'opération et pour agrandir le domaine de la chirurgie, que les petites modifications qu'il a cru devoir lui apporter. Et, bien qu'il ait découvert dans la thèse de Sécheyron, un de mes meilleurs internes, écrite peut-être un peu hâtivement pour le besoin d'un concours en province, des erreurs minimes qui ont été immédiatement redressées par ceux de ses collègues qui ont publié mes volumes de clinique chirurgicale, j'ai la prétention de croire que les succès de notre pratique n'ont pas encore été dépassés par ceux de M. Doyen, qui a eu le bonheur de naitre à un âge où il lui était vraiment trop facile de profiter de mes découvertes.

M. Verneuil. — M. Péan vient, dans son discours, sans motif, sans excuses, de prononcer à mon égard une parole tout à fait discourtoise : « Deux chirurgiens, a-t-il dit, M. Kœberlé et M. Verneuil, dont je ne suis pas l'élève heureusement.... ». Il est parfaitement vrai que M. Péan n'a jamais été mon élève : j'ai des élèves nombreux et aucun d'eux ne ressemble à M. Péan, heureusement. En revanche, ce chirurgien voudrait faire croire que c'est moi qui suis son élève et qu'il m'aurait appris la forcipressure : or, cette assertion est extraordinairement inexacte.

M. Péan n'a jamais été mon maître, Dieu merci !

Du traitement des fibromes par la castration tubo-ovarienne,

Par le Dr Bouilly, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Ce serait un travail intéressant et fructueux que de pouvoir présenter et comparer les résultats d'ensemble fournis par les divers traitements chirurgicaux appliqués à la cure des fibromes. Mais quand on cherche à réaliser ce programme, on s'aperçoit vite qu'un travail semblable, même uniquement composé de l'analyse des faits d'une pratique personnelle, dépasserait de beaucoup les limites permises aux communications de nos congrès; en outre, il se composerait forcément de faits qui ne sont pas comparables entre eux et dont le rapprochement ne pourrait que fausser les résultats d'une statistique générale. Les fibromes, dont la présence peut donner lieu à des indications chirurgicales,

sont trop différents les uns des autres, et les méthodes chirurgicales sont trop distinctes pour qu'on puisse les rapprocher dans un travail commun. Ici, comme dans tous les cas de clinique, il y a lieu de tenir compte des indications particulières de chaque cas et il est nécessaire de se conformer à ces indications pour en déduire la méthode opératoire. Nous sommes loin, en effet, de posséder une méthode unique de traitement chirurgical des fibromes : les indications varient d'après le volume de la tumeur, sa conformation, ses rapports avec le tissu utérin, son mode de développement du côté de la cavité abdominale ou du côté du petit bassin, l'état d'intégrité ou de lésions des annexes de l'utérus; elles varient également d'après l'âge de la malade, d'après les symptômes auxquels donne lieu le néoplasme; enfin elles sont diversement appréciées par les auteurs suivant leurs tendances et leurs habitudes chirurgicales. Il est donc de toute importance d'établir tout d'abord des catégories et de ne fournir des indications et des résultats qu'en les basant sur une pratique personnelle; en effet, tel chirurgien jugera l'intervention indispensable quand tel autre la croira encore inutile et le premier pourra fournir des résultats opératoires beaucoup plus satisfaisants que le second, en s'adressant à des cas simples dans lesquels la chirurgie aurait pu s'abstenir.

Il faut reconnaître que, malgré les récents perfectionnements de la technique opératoire et la grande sécurité fournie par l'antisepsie, le traitement chirurgical des fibromes présente encore la plus grande somme des difficultés, des dangers et des revers de la chirurgie abdominale, et qu'il est sage et prudent de ne conseiller une intervention que dans les cas relativement restreints où elle paraît indispensable. Ceux-ci me paraissent comprendre :

1° Les fibromes à évolution rapide dont on peut prévoir et annoncer un développement énorme et indéfini dans un avenir rapproché;

2° Les fibromes arrivés à un degré tel de développement qu'ils constituent une gêne, une infirmité et une difformité incompatible avec les exigences de la vie ordinaire;

3° Les fibromes, même peu volumineux, développés et situés de telle façon qu'ils exercent une compression douloureuse du côté de la vessie ou du rectum;

4° Les fibromes hémorragiques, et les fibromes hydrorréiques, que les hémorragies soient des ménorragies entretenues et exagérées par la congestion menstruelle, ou des métrorragies à écoulement continu inter-menstruel;

5° Les fibromes douloureux, la source des douleurs étant le plus

souvent dans une lésion concomitante des annexes et plus rarement dans une mobilité anormale de la tumeur;

6° Les fibromes dégénérés, ayant subi la transformation kystique, myxomateuse ou œdémateuse; à plus forte raison, atteints de sphacèle;

7° Les fibromes ayant déterminé la production d'un épanchement ascitique;

8° Les fibromes que leur évolution a amenés dans la cavité utérine et dans la cavité vaginale et qui présentent à la fois des indications dues à l'hémorragie, à l'hydrorrée, à la compression des organes voisins et quelquefois au sphacèle de la tumeur.

Quand on a tenu compte de ces indications opératoires générales, il reste encore à déterminer le mode opératoire spécial applicable à chaque cas particulier. Aujourd'hui, le traitement *direct*, c'est-à-dire l'ablation de la tumeur soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, soit par ces voies combinées, semble le plus en faveur; seul, il peut être mis en œuvre dans la majorité des cas et le succès opératoire est suivi d'un succès thérapeutique réel et définitif, l'ablation de la tumeur mettant fin, sans possibilité de retour, à la production des accidents. Mais pareil succès est encore acheté au prix de risques nombreux devant lesquels on ne doit pas reculer quand l'indication est formelle et dont le nombre, au reste, diminue de jour en jour. Mais, si l'indication opératoire peut être remplie par des moyens moins périlleux, notre devoir est de nous adresser à ceux-ci quand ils peuvent eux-mêmes fournir de bons résultats, moins chèrement acquis. Le traitement *indirect*, par l'ablation des annexes, trouve alors sa place et c'est à préciser ses indications, à donner ses résultats et à montrer son efficacité et sa simplicité, que se borne cette communication.

Les *hémorragies*, les *douleurs* représentent par excellence les indications du traitement des fibromes utérins par l'ablation des annexes. Du même coup en général et comme par surcroît l'accroissement de la tumeur est arrêté et sa tendance à l'atrophie est ordinairement obtenue.

Mais il est nécessaire de préciser les caractères des hémorragies et des douleurs liées à la présence d'un fibrome pour qu'elles puissent être utilement traitées par la castration tubo-ovarienne.

Les hémorragies doivent être des métrorragies, c'est-à-dire un écoulement sanguin exagéré lié à la congestion utérine menstruelle; que ces hémorragies se prolongent huit, dix ou quinze jours ou qu'elles ne durent que pendant trois à cinq jours avec une abondance inquiétante, ou qu'elles reviennent avec une fréquence

anormale, mais régulière, elles relèvent de la menstruation; mais qu'au contraire, il y ait un suintement sanguin continu inter-menstruel, ou que le sang réapparaisse à chaque instant et sous l'influence des causes les plus minimes entre deux époques, il est permis de croire que l'influence tubo-ovarienne n'est plus en jeu et qu'il y a lieu de chercher une autre origine aux pertes de sang. Il est donc superflu d'ajouter que cette influence ne saurait plus être invoquée chez les femmes qui ont dépassé l'âge ordinaire de la ménopause ou chez lesquelles des hémorragies utérines se reproduisent alors que l'âge critique est passé depuis plusieurs années. Dans ces cas du reste, l'irrégularité de l'apparition des pertes exclut toute idée de menstruation exagérée.

Un suintement sanguin utérin ou à récidives fréquentes inter-menstruelles doit faire penser à une phase évolutive du fibrome dans laquelle il est devenu sous-muqueux, immédiatement sous-jacent à la muqueuse utérine ou même a envahi la cavité de l'organe sous la forme d'une tumeur encore largement sessile ou plus ou moins pédiculée. De même l'*hydrorrée*, dans l'intervalle des écoulements sanguins, doit faire songer aux mêmes rapports entre le fibrome et l'utérus.

En dehors des signes fournis par les caractères de ces écoulements, l'examen objectif de la tumeur utérine peut faire soupçonner cette disposition. En général, tant que le fibrome est interstitiel, la palpation de la tumeur fait reconnaître une consistance dure, ligneuse, caractéristique. Au contraire, si elle a envahi la cavité utérine, cette consistance est beaucoup moins ferme; la tumeur est moins résistante, plus molle, quelquefois pseudo-fluctuante. Le cathétérisme montre alors que la cavité de l'utérus est non seulement agrandie dans son sens vertical, mais dans ses diamètres transversaux; l'hystéromètre peut évoluer autour d'une partie de la masse inter-utérine et parcourir une portion de son contour.

Ces signes objectifs joints à des pertes sanguines plus ou moins continues inter-menstruelles et à l'hydrorrée sont de véritables contre-indications du traitement indirect. Celui-ci ne s'adresse d'une manière utile qu'aux fibromes interstitiels dont la présence entretient dans l'utérus cet état particulier de vitalité excessive et de congestion exagérée qui se traduisent, d'une façon continue, par l'hyperplasie du tissu utérin et à chaque époque menstruelle par des hémorragies.

Il n'est pas besoin d'ajouter que les fibromes sous-péritonéaux qui ont franchi les limites du parenchyme utérin pour se développer dans l'abdomen, soutenus et nourris par un pédicule plus ou moins grêle, ne sont nullement justiciables du traitement

par l'ablation des annexes. Ce sont des néoplasmes devenus indépendants de l'utérus, n'ayant plus d'influence sur cet organe et vivant comme d'une vie et d'habitudes indépendantes. Ici l'ablation directe, la myomectomie, s'impose.

Les *douleurs* abdominales et pelviennes, liées à la présence d'un fibrome, constituent aussi une des meilleures indications de l'ablation des annexes. On peut avancer que dans l'immense majorité des cas, à moins d'une mobilité excessive d'une tumeur pédiculée sur l'utérus, les fibromes ne sont pas douloureux ; ils ne provoquent pas non plus, à eux seuls, les poussées de péritonite légère qui de temps en temps viennent compliquer l'évolution des fibromes. Douleurs habituelles ou paroxystiques, surtout exagérées au moment des règles, poussées pelvi-péritonéales, doivent être mises sur le compte des lésions si fréquentes des annexes en complication avec les fibromes; la salpingite catarrhale et interstitielle, l'hémato-salpingite, plus rarement la pyo-salpingite, la dégénérescence kystique des ovaires, sont en pareil cas des complications si fréquentes, qu'on peut en diagnostiquer presque à coup sûr l'existence, quand un fibrome s'accompagne de douleurs. Du reste il n'est pas rare de pouvoir par un examen direct confirmer ces données fournies par les connaissances anatomo-pathologiques; la pression sur la masse utérine elle-même reste le plus souvent indolente, tandis qu'elle provoque une douleur plus ou moins vive sur les parties latérales de l'utérus, de l'un ou de l'autre côté, quelquefois des deux; de même parfois aussi, le toucher provoque dans le cul-de-sac vaginal postérieur une sensibilité exagérée et peut même y faire reconnaître des annexes prolabées et augmentées de volume.

Enfin, il m'a semblé que la présence d'annexes malades exagérait la plupart des phénomènes relevant de la présence d'un fibrome, augmentait la tendance aux hémorragies et rendait plus pénible l'évolution du néoplasme.

En résumé : les ménorragies ou douleurs compliquant un fibrome interstitiel, l'accroissement rapide d'une tumeur encore de moyen volume, telles sont, à mon sens, les indications capitales de l'ablation des annexes.

Il me reste maintenant à déterminer dans quelles conditions anatomiques de la tumeur cette indication peut être remplie. On peut faire tenir la chose entière dans une formule simple : pour que l'opération conserve son caractère de *bénignité* et de *simplicité* qui est un de ses grands avantages, il faut qu'elle soit *facile*. L'ablation des annexes, en effet, s'adresse souvent à des cas où l'hystérectomie abdominale ou vaginale représente une intervention trop grave ; chez des femmes extrêmement anémiées, ne

mangeant plus depuis longtemps, atteintes de la cachexie anémique, une perte de sang même minime, le choc opératoire succédant à des manœuvres laborieuses de morcellement ou à la striction d'un pédicule utérin, peuvent amener la mort dans les quelques heures qui suivent l'opération; en outre, la septicémie est toujours menaçante chez ces sujets affaiblis où les grands viscères ne peuvent plus faire les frais d'une élimination de produits septiques, si peu développés qu'ils soient. L'ablation des annexes, opération courte, non sanglante, avec un minimum de traumatisme péritonéal, va au-devant de ces divers dangers et en prévient le développement.

Le choix et la facilité de cette méthode opératoire sont subordonnés au volume du fibrome; plus celui-ci est petit, plus les conditions sont favorables; mais il peut avoir des dimensions déjà respectables que l'opération peut encore lui être utilement appliquée. Celle-ci me paraît possible tant que le fibrome n'a pas dépassé *l'ombilic*; mais c'est la limite extrême. Elle n'est plus de mise quand la tumeur est sus-ombilicale et surtout quand elle s'étale largement dans les flancs. Il est à craindre alors que les annexes ne puissent être trouvées ou ne puissent être amenées à l'extérieur ni pédiculisées.

C'est là, en effet, le grand écueil de l'opération : le fibrome peut se développer d'une façon si irrégulière et tellement excentrique par rapport à la surface de figure de l'utérus, que les annexes peuvent se trouver cachées en arrière ou en bas et soient inaccessibles ou que l'un des côtés soit seul accessible. Aussi, en pareil cas, si l'hystérectomie abdominale est possible, faut-il se tenir prêt à la pratiquer et ne pas négliger à l'avance les préparatifs nécessaires à l'opération. Mais, je le répète, cette éventualité ne se présente que dans les cas limités où le volume de la tumeur ne se prête déjà qu'à peine à l'indication de la castration; elle n'est jamais en question dans le fibrome vraiment justiciable de cette opération et où le volume de la tumeur n'excède pas celui du poing ou d'une tête de fœtus à terme, cas indiqué et favorable par excellence.

L'âge des femmes ne me paraît prêter à aucune considération spéciale : j'ai pratiqué la castration tubo-ovarienne chez des femmes jeunes et chez des femmes arrivées à la ménopause, avec tous les âges intermédiaires possibles. Chez les premières, l'opération est aussi indiquée que possible; elle arrête les hémorragies, entrave le développement du fibrome, et prévient toutes les complications d'avenir; chez les secondes, elle amène la ménopause qui ne pouvait s'établir et met fin à tous les accidents évoluant le plus souvent depuis de longues années.

Je n'ai qu'un mot à dire à propos de la technique opératoire. Si le fibrome est petit, l'incision commencera comme à l'habitude à un ou deux travers de doigt au-dessus du pubis; s'il est volumineux, atteignant l'ombilic, l'incision sera élevée d'emblée, affleurant presque le sommet de la tumeur, les annexes ayant des chances pour être trouvées sur les parties supérieures et latérales du fibrome; suivant les besoins, elle sera agrandie par en haut ou par en bas.

En général, cette incision doit rester petite, ne pas dépasser 7 à 8 centimètres et conserver les caractères des petites incisions exploratrices. Toute intervention de ce genre qui nécessite une grande incision, qui demande de longues manœuvres abdominales, perd les caractères de bénignité et d'utilité que je crois devoir lui donner.

La recherche des annexes doit se faire méthodiquement en suivant exactement les contours de la tumeur; si celle-ci est encore petite, ovaires et trompes peuvent s'en trouver légèrement distantes, comme à l'état normal; mais dès que celle-ci a acquis un certain volume, les annexes sont comme plaquées et étalées sur le fibrome, écrasées quelquefois entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure, plus souvent sur les côtés et en arrière contre la ceinture pelvienne. C'est l'ovaire qui est en général senti et reconnu; c'est lui qui est amené le premier. La trompe suit souvent mais doit quelquefois être cherchée isolément. Même situées à la réunion des parties latérale et postérieure, même situées presque en arrière, les annexes peuvent être amenées au voisinage de l'incision par des tractions lentes qui font légèrement pivoter le fibrome sur son axe. Dans les cas compliqués, le pédicule est court et difficile à faire; il faut pour ainsi dire ramasser l'ovaire et l'étirer et peu à peu allonger la portion rétrécie qui le relie à l'utérus. J'engage fortement à saisir ce pédicule dans une ligature simple, en se gardant d'y passer un fil double avec l'aiguille mousse ou l'aiguille de Reverdin. Le passage de l'aiguille peut blesser les veines volumineuses développées à la base des annexes et rampant sur le fibrome, dont la saisie et l'hémostase peuvent donner lieu aux plus graves difficultés. Une pince est mise sur ce pédicule, avant sa section après l'application du fil pour qu'il puisse être retrouvé et ramené en cas de besoin. La section est pratiquée à petits coups de thermo-cautère et la cautérisation est rigoureusement pratiquée sur le centre du pédicule pour détruire les restes possibles du tissu ovarien.

Dans ces détails, bien entendu, je n'ai fait allusion qu'aux cas déjà difficiles et où la tumeur est assez volumineuse; dans

les cas simples, où celle-ci est petite, l'opération est d'une simplicité extrême et ne demande que quelques minutes.

C'est d'après les indications et la technique que je viens d'exposer que j'ai traité *vingt-six* fibromes de l'utérus par la castration tubo-ovarienne. Vingt fois j'ai opéré pour arrêter des ménorragies inquiétantes ayant amené un état extrême d'anémie et dans quelques cas une véritable cachexie anémique, deux fois pour des hémorragies et des douleurs simultanées, une fois pour des douleurs sans pertes sanguines exagérées, une fois pour entraver le développement d'un énorme fibrome chez une malade à qui je pratiquais l'opération césarienne pour la dystocie causée par ce fibrome; deux fois j'ai enlevé les annexes, ne pouvant enlever par l'hystérectomie de gros fibromes profondément enclavés dans le petit bassin. Deux fois, dans ces cas difficiles, je n'ai pu trouver les annexes que d'un seul côté. Je m'empresse de déclarer que ces cas n'étaient pas justiciables de cette intervention et que je ne l'ai mise en œuvre que faute de pouvoir mieux; elle a été une opération de nécessité et non de choix.

Dans la plupart de ces cas, le volume du fibrome était assez développé pour que la tumeur fût arrivée à quelques travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic et dans quelques cas jusqu'à cet ombilic; ce n'est que dans des cas exceptionnels que ce volume n'était guère plus marqué que celui d'un poing d'adulte.

Sur ces 26 interventions, je compte *trois* décès, peu imputables à l'opération elle-même. Deux malades entièrement anémiées et épuisées, âgées de 53 ans et de 42 ans, succombèrent au huitième jour, l'une à un véritable état d'asystolie, l'autre à une pneumonie infectieuse survenue au cours de l'épidémie de grippe. Le troisième cas de mort se produisit chez une malade du docteur Maunoury (de Chartres) où le fibrome énorme occupait tout l'abdomen et le petit bassin, où l'ablation des annexes, faite de nécessité, faute de ne pouvoir enlever la tumeur, fut extrêmement laborieuse et se compliqua d'une hémorragie par blessure des grosses veines du ligament large. Dans tous les autres cas, la guérison opératoire fut obtenue avec la même simplicité que dans les laparotomies les plus simples.

Les résultats thérapeutiques se répartissent de la façon suivante : trois fois, les hémorragies se reproduisirent par évolution ultérieure du fibrome s'avançant dans la cavité utérine ou d'un fibrome autre que celui pour lequel l'opération avait été faite et devenu polypiforme. Une fois le répit hémostatique fut de huit mois, une fois d'un an, une fois le fibrome fut expulsé dans les quelques jours qui suivirent l'opération. Ce fait appartient à mes premières opérations dans lesquelles le diagnostic de

l'indication était moins bien fait qu'il ne le serait aujourd'hui.

Les deux premiers cas ne peuvent être comptés comme de vrais insuccès; car l'opération a donné ce qu'elle pouvait contre la disposition du fibrome qui l'avait motivée : elle ne pouvait plus rien quand l'évolution de la tumeur a entraîné une nouvelle indication.

Enfin je compte un cas d'insuccès presque complet chez une malade opérée depuis deux ans, présentant encore des hémorragies inquiétantes et un suintement sanguin presque continu. La malade a refusé toute nouvelle intervention et j'ai tendance à croire que son fibrome est actuellement tout à fait sous-muqueux ou a même envahi la cavité utérine.

Dans les 18 autres cas, le résultat cherché a été obtenu; les ménorragies ont complètement disparu d'emblée chez quelques malades, sans aucun retour de règles, plus lentement chez d'autres après des règles peu abondantes et irrégulières ayant encore fait leur apparition au cours de la première année après l'opération. Chez toutes celles qui souffraient, les douleurs ont cessé dès les premiers jours qui succédaient à l'intervention et chez toutes également le fibrome a diminué dans des proportions considérables. Dans les cas où l'utérus fibromateux n'était guère plus gros que le poing, l'organe est revenu à son volume primitif et rien ne pourrait faire soupçonner la présence antérieure d'un fibrome; quand le fibrome approche de l'ombilic, en deux ou trois ans il se réduit à la moitié ou au tiers de son volume primitif: les tumeurs qui encombraient le petit bassin en faisant saillie dans le cul-de-sac se réduisent au point qu'elles peuvent à peine être perçues et les troubles de voisinage du côté de la vessie ou du rectum disparaissent complètement.

En résumé, dans le traitement des fibromes par l'ablation des annexes, suppression des hémorragies par suppression de la fonction menstruelle, suppression des douleurs par ablation des annexes malades, réduction considérable des grosses tumeurs, disparition des petites; tels sont les résultats de cette intervention. Peut-on demander mieux à une intervention simple et facile, dont la mortalité est nulle, si l'indication est bien saisie et acceptée en temps utile, et dont les insuccès ne sont dus qu'à une application intempestive de la méthode? C'est à préciser et à saisir les indications que nous devons encore nous attacher, et nous pouvons ainsi profiter de ressources simples contre une affection où la gravité et les complications opératoires sont encore trop fréquentes.

Valeur de la castration tubo-ovarienne dans le traitement des fibromes,

Par le Dr S. Pozzi, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

J'ai souvent pratiqué la castration comme traitement indirect des fibromes de l'utérus. Mais je dois dire que j'en suis beaucoup moins partisan aujourd'hui qu'autrefois. Actuellement, la technique de l'hystérectomie vaginale s'est perfectionnée au point de nous permettre d'enlever facilement et presque sans danger la grande majorité des corps fibreux pelviens pour lesquels l'hystérectomie abdominale présente une réelle gravité. Or, c'était pour ces cas-là que je faisais surtout la castration. Maintenant je leur applique l'hystérectomie vaginale avec morcellement et forcipressure.

Je réserve l'ablation des annexes pour les cas où une contre-indication réelle empêche l'extirpation de l'utérus : par exemple la débilité extrême de la malade ou la situation pelvienne et intra-ligamentaire de fibromes trop volumineux pour être enlevés par la voie vaginale; en pareils cas, en effet, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale est considérablement aggravée.

Il faut pourtant se souvenir que l'hystérectomie abdominale totale peut alors être employée utilement, et son avenir me paraît très grand.

Je le répète, désormais, pour moi, la castration est un *pis aller* auquel j'ai rarement recours. Je ne considère pas l'extirpation de l'utérus par le vagin comme plus grave que cette opération et je la crois beaucoup plus efficace. En effet, j'ai vu dans un cas les trompes malades si adhérentes à l'utérus fibromateux qu'une seule avait pu être enlevée par la laparotomie et que les phénomènes douloureux ont persisté après l'intervention. J'ai dû quelques mois après faire l'hystérectomie sur les instances de la malade, qui a définitivement guéri.

Je reproche aussi à la castration de ne pas porter remède aux phénomènes de compression dus à la présence des fibromes même assez petits, notamment à la compression du rectum et à celle si redoutable des uretères. J'ai pourtant, dans une occasion, précombiné la castration avec une myômectomie partielle suivie de *laparo-hystéropexie de l'utérus fibromateux*, qui a suffi à faire disparaître les accidents Il s'agissait d'une femme très cachectique, dont le fibrome formait une masse remplissant tout le petit bassin et présentait deux lobes principaux : un qui surmontait le fond de l'utérus, l'autre qui était inclus dans les ligaments larges. Je repoussai une opération radicale, qui n'eût pas été supportée par la malade et je me bornai à l'opération palliative suivante : ablation des annexes; excision du lobe de la tumeur, gros comme les deux

poings, qui surmontait le fond de l'utérus; fixation de l'utérus myômateux à la paroi abdominale, en utilisant les chefs des fils de soie qui avaient servi à serrer le pédicule de la myômectomie. L'utérus a été ainsi tout à fait redressé; le rectum et les uretères ont été affranchis de la compression : *l'albuminurie a cessé* et la malade est revenue à la santé d'une façon remarquable; elle n'a plus eu d'hémorragies depuis l'opération, qui seulement a été suivie pendant trois mois d'un léger suintement sanguin persistant.

Je crois que cette *hystéropexie de l'utérus fibromateux avec ou sans myômectomie partielle préalable* peut être utilisée dans des cas analogues à mon observation.

Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins,

Par le Dr L.-G. Richelot, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Je n'entreprends aucune polémique sur le danger qu'il peut y avoir à laisser grossir les fibromes, sur le nombre de ceux qu'il faut laisser tranquilles et sur la valeur des traitements palliatifs. Je suppose une malade qui possède une tumeur fibreuse en voie d'évolution et manifestant ses tendances par des douleurs et des pertes sanguines. L'indication opératoire est évidente et l'intervention décidée; nous avons le choix entre la *castration ovarienne*, l'*énucléation* et l'*hystérectomie*.

Castration ovarienne. — J'ai présenté au Congrès de chirurgie (5e session, 1891) une série peu nombreuse de castrations ovariennes pour fibromes. Il faut dire qu'une de ces malades, alors récemment opérée et que je croyais guérie, a vu les hémorragies se reproduire et ne cesser qu'au bout d'un an. D'autre part, nous avons tous vu que l'ablation des ovaires est souvent gênée par le volume et le siège des tumeurs, qu'elle peut être laborieuse et rester même incomplète. Les quelques insuccès thérapeutiques et les imperfections de la méthode, en présence des résultats merveilleux que nous donne aujourd'hui l'extirpation vaginale dans des cas identiques, la font descendre au second rang, si bien que, sans la renier absolument, je ne l'ai plus mise en pratique.

Énucléation. — L'énucléation par la *voie abdominale*, avec suture indépendante ou fixation de la loge utérine à la plaie, ne peut convenir qu'à un petit nombre de cas et ne soutient pas la comparaison avec les méthodes perfectionnées d'hystérectomie. Je n'y ai jamais eu recours.

Mentionnons simplement l'ablation très facile, au cours d'une laparotomie, de certains fibromes insérés sur le fond de l'utérus

par un mince pédicule. Il n'y a là ni méthode ni procédés à retenir.

Tout autre est l'énucléation par la *voie vaginale*. C'est l'ancienne opération d'Amussat, rajeunie et devenue très bénigne. Elle convient aux tumeurs uniques, de volume modéré, contenues dans une loge pariétale saillante vers la cavité utérine. J'en ai deux belles observations, recueillies dans ces deux dernières années.

La première a trait à une femme de cinquante-sept ans auprès de laquelle je fus appelé d'urgence en octobre 1891 pour des accidents de rétention d'urine et de constipation absolue. Une tumeur volumineuse comprimait la vessie et le rectum; malgré les purgatifs et le cathétérisme journalier, la malade s'affaiblissait rapidement et l'opération fut décidée du jour au lendemain. Le fibrome bourrait le segment inférieur et refoulait à droite la cavité utérine. Sa loge fut largement ouverte et le tissu fibreux morcelé de bas en haut, des lanières de gaze iodoformée remplacèrent la tumeur, dont l'extirpation avait duré une heure un quart et n'avait pas donné, pour ainsi dire, une goutte de sang. Guérison facile.

Chez la seconde, femme de trente-neuf ans opérée en mai 1892, le symptôme dominant était l'hémorragie. Traitements prolongés sans résultat; l'électricité n'avait réussi qu'à augmenter les douleurs et surtout les pertes, qui duraient maintenant trois semaines sur quatre. Après examen, je m'attendais à faire une hystérectomie vaginale; mais en commençant, je vis qu'il s'agissait d'un fibrome unique logé à gauche dans la paroi utérine et refoulant à droite la cavité. Section bilatérale du col, mise à nu et morcellement intra-pariétal du fibrome, tamponnement à la gaze iodoformée, suites bénignes et résultat thérapeutique irréprochable.

L'occasion est assez rare de faire cette opération. Et c'est dommage, car elle offre une grande sécurité, notamment au point de vue de l'hémostase. Il ne s'agit plus d'énucléer la tumeur en masse, comme au temps d'Amussat; on la fragmente peu à peu, on y met une heure et même davantage; l'utérus descend à mesure que la loge se vide, pas un point n'est touché ou sectionné sans être vu, et le fond de la loge est sous les yeux quand les derniers lobes de la tumeur en sont séparés. De cette manière, si la paroi est très mince, on ne risque pas de la rompre et d'ouvrir le péritoine sans le savoir; on peut aussi, chemin faisant, réformer son diagnostic, constater l'existence de plusieurs fibromes et passer, s'il le faut, du morcellement de la tumeur à celui de la matrice elle-même.

Hystérectomie. — Parlons tout d'abord de l'*hystérectomie vaginale.* J'avais déjà publié quelques observations de fibromes utérins et préconisé cette manière de faire à une époque où la plupart de mes collègues n'y pensaient guère, et n'étaient pas loin

de m'accuser d'un certain parti pris [1]. Mais il y avait loin de ces quelques faits épars à une méthode suivie et bien réglée. Aujourd'hui, le morcellement rend possibles des opérations jadis inabordables, et je n'hésite pas à me ranger au nombre de ses partisans.

Je ne vous dis rien du manuel opératoire, bien que le sujet soit fort à la mode. Aussi bien, on n'en a parlé jusqu'ici qu'à bâtons rompus et personne n'a donné sur le morcellement dans les cas de fibromes une description vraiment clinique et pouvant servir de guide. Cette description, j'ai essayé de la faire et elle va paraître incessamment dans les *Archives générales de médecine*. Aujourd'hui, je me borne à vous donner les résultats de ma pratique, depuis deux années que la méthode est en honneur.

J'ai fait 34 fois l'hystérectomie vaginale pour fibromes; je n'ai eu qu'une mort, dans un cas d'une extrême gravité, chez une femme de soixante-deux ans, épuisée par les douleurs et les pertes, et encore l'opération avait été parfaitement régulière, la malade allait très bien, et la mort, survenue le cinquième jour, fut causée par une fausse manœuvre de ma part. J'ai publié l'analyse de ce fait [2].

Parmi les 33 guérisons, je compte des tumeurs volumineuses — j'ai été jusqu'à 1300 grammes, — des morcellements laborieux, des opérations qui durent une heure, une heure et demie — j'ai été jusqu'à deux heures un quart. Il faut de la conviction et de la patience pour mener à bien l'entreprise; il y a des utérus friables qui donnent de mauvaises prises et restent longtemps immobiles, des tumeurs qui remontent, se dérobent, si bien qu'à certains moments l'opérateur piétine sur place et même n'ose plus bouger; puis une pince érigne bien placée, un coup de bistouri donné à propos viennent éclaircir la situation, et peu à peu les fragments se détachent, des fibromes entiers s'énucléent, la masse se mobilise. Et quelle que soit la durée, si pénibles que soient les efforts, aucune offense pour le péritoine, aucun agent d'infection, aucun risque pour l'intestin. Aussi la facilité de la guérison fait-elle toujours contraste avec la gravité apparente des manœuvres. Après une opération d'une heure et demie, la malade est sans fièvre et n'a pas plus d'accidents qu'après la plus simple des laparotomies. J'ajoute qu'elles sont entièrement débarrassées de leurs maux, et que la fameuse question des « suites éloignées » n'existe pas pour elles.

Entre les fibromes justiciables de cette méthode et ceux que nous devons attaquer par l'ouverture de l'abdomen, la limite n'est pas facile à tracer. Tel chirurgien attribue à l'hystérectomie vagi-

1. *Soc. de chir.*, 24 mai 1888; *Union méd.*, 19 février et 2 juin 1888.
2. *Union méd.*, 19 janvier 1893.

nale toutes les tumeurs qui ne dépassent pas l'ombilic; mais c'est là un critérium insuffisant. L'indication ne ressort pas uniquement du volume, mais aussi du siège de la tumeur et de son degré de mobilité. A dimensions égales, les unes bourrent le segment inférieur et s'enclavent dans le petit bassin, ou font basculer la matrice en arrière et saillir le cul-de-sac de Douglas; les autres se développent tout entières au-dessus du détroit supérieur et semblent soulever l'utérus. Aux premières la voie vaginale, aux secondes la laparotomie.

Il est vrai qu'à plusieurs d'entre nous l'*hystérectomie abdominale* semble inspirer encore une véritable terreur; si bien qu'on a vu non seulement des électriciens — ce qui est naturel — mais des chirurgiens expérimentés, audacieux, faire de l'électricité.

Pour mon compte, je pratique aujourd'hui avec pleine confiance l'ablation sus-pubienne de l'utérus fibromateux. Déjà en 1890, j'ai commencé à la Société de chirurgie une campagne en faveur du traitement intra-péritonéal du pédicule. Je m'appuyais sur une série de 16 opérations avec 3 morts; c'était encore assez loin de la perfection, mais sur les 3 morts, il n'y avait qu'un accident de pédicule, et encore dans un cas très spécial où le tissu utérin, lardacé, juteux, m'avait empêché de faire un moignon de bonne qualité, et où certainement j'aurais dû le fixer à l'extérieur à moins de l'enlever complètement. Malgré cet insuccès, je hasardai l'opinion que le pronostic de l'hystérectomie abdominale était devenu comparable à celui de l'ovariotomie.

Là-dessus je fus pris à partie, mais la plupart des objections qui me furent adressées reposaient sur un malentendu. Je n'avais pas dit que toutes les variétés de *myômectomie* abdominale, avec les énormes tumeurs, les adhérences à l'intestin, les compressions des viscères, les inclusions dans le ligament large, sont aussi bénignes que l'ovariotomie simple. J'avais comparé des faits comparables et prétendu que, toutes choses égales d'ailleurs, quand on a dans la main un pédicule formé par le col de l'utérus au lieu d'un pédicule ovarique, le traitement du premier, pour être un peu plus difficile, n'était pas loin d'offrir la même sécurité.

Quelqu'un m'a prédit alors que je reviendrais de mes erreurs. Néanmoins j'ai persévéré dans la même voie, mais non sans chercher de nouvelles améliorations. En 1890 je laissais à demeure le lien élastique, et j'abandonnais le pédicule après avoir bien rôti au thermo-cautère sa surface et le bout de cavité utérine qui dépasse la ligature. Sécurité parfaite au point de vue de l'hémostase; mais à la rigueur et malgré l'action du feu la surface cruentée pouvait être une cause d'infection. Je n'insiste pas sur l'élimination du lien élastique par l'orifice du col; je l'ai vue se

faire chez quelques malades après plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais elle n'a pas d'inconvénients sérieux.

En résumé, c'est contre l'infection qu'il fallait trouver des garanties encore plus certaines. Je l'ai fait en prenant, d'une part, à Chénieux (de Limoges) et à Kocher (de Berne) la ligature à la soie plate; d'autre part, en recouvrant le moignon d'un lambeau de péritoine, par un procédé dérivé de celui de Chrobak. Voici, en quelques mots, la marche de l'opération :

La paroi abdominale est incisée comme à l'ordinaire, et la masse fibreuse attirée au dehors à l'aide des mains et des pinces à traction. Au début, je traitais à part les ligaments larges, mais il est plus expéditif et même plus sûr de les prendre avec la ligature et de les accoler d'emblée au moignon; aussi vaut-il mieux n'y pas toucher en ce moment. Dès que la tumeur est bien en vue, je trace au bistouri, sur sa face antérieure, une incision qui en détache le péritoine entre les deux ligaments larges et qui taille un lambeau suffisant — soit dit en termes vagues — pour recouvrir ultérieurement la surface du pédicule. Le lambeau tracé, je le décolle avec le doigt et je le fais tomber dans le petit bassin, ce qui a l'avantage de mettre la vessie hors d'atteinte. Je place alors le lien élastique en passant au-dessous des annexes, et je l'attache avec le clamp de Segond sur la face antérieure dénudée.

Je tiens absolument à la ligature élastique provisoire et je refuse de passer d'emblée les fils de soie. Je l'ai fait dans un seul cas, et j'ai remarqué que le tissu musculaire réagit, même contre la soie plate, et l'empêche de bien serrer; au contraire, s'il est tenu par le caoutchouc, la ligature définitive est serrée comme on veut.

J'ai l'habitude de me débarrasser de la masse utérine dès que le lien élastique est placé, afin de manœuvrer plus à l'aise. Je coupe hardiment jusqu'au voisinage de la ligature, en laissant aux pinces de larges prises pour soutenir le pédicule, qui sera diminué et façonné plus tard.

C'est le moment de lier à la soie plate. Je passe un long fil double, avec une aiguille mousse, à travers le pédicule, immédiatement au-dessous du lien élastique; je noue à droite et à gauche, ce qui fait une ligature en chaîne, puis j'ajoute un fil de sûreté qui embrasse tout le moignon, et j'enlève le caoutchouc.

Le tissu musculaire et les ligaments larges étant solidement étreints par des fils qui n'ont aucune tendance à déraper, je réduis au minimum la partie libre du moignon, puis je rôtis la tranche avec le thermo-cautère, que j'enfonce à plusieurs reprises dans le petit cul-de-sac formé par la muqueuse utérine, mais en ayant soin de ne pas trop appuyer dans le fond, de peur de couper les fils de soie qui traversent le col.

Il s'agit maintenant de recouvrir la surface rôtie avec le lambeau péritonéal. Je fais tenir le pédicule par un aide, avec une pince érigne accrochée à son bord postérieur; je vais chercher le lambeau dans le petit bassin, je le remonte et par un surjet au catgut je l'unis au bord postérieur du moignon. Quand tout est fini, on voit au milieu de la cavité pelvienne une suture transversale en forme de crête, le péritoine est partout fermé, et la surface cruentée de l'utérus, inclinée en avant, est extra-péritonéale.

Trois points dans ce procédé méritent l'attention. La striction exercée par les *fils de soie* m'autorise à prendre dans la même ligature le bord supérieur du ligament large sans m'en inquiéter davantage, tandis qu'autrefois, pour l'empêcher de glisser, je l'attachais au lien élastique permanent avec un fil passé en écharpe. La soie permet encore de réduire au minimum le bout de moignon qui la dépasse, ce qui donne un pédicule petit, mobile et s'inclinant de bonne grâce au-devant du lambeau.

Ce *lambeau péritonéal antérieur* est de la dernière importance. Il empêche la surface cruentée et la cavité utérine, imparfaitement désinfectées, d'inoculer le péritoine. Il y a deux lambeaux dans le procédé de Chrobak, mais le postérieur est difficile à tailler et parfaitement inutile.

Malgré la présence du lambeau, le *rôtissement du moignon* au thermo-cautère ne doit pas être oublié; car, si le péritoine est préservé, le tissu cellulaire ne l'est pas, et à défaut de péritonite, nous pourrions avoir un abcès pelvien, comme je le démontrerai tout à l'heure.

Encore une remarque : le traitement susdit est parfaitement applicable à ces cas difficiles où le segment inférieur est bourré par le fibrome, voire même enclavé dans le petit bassin au point de ne pouvoir tout d'abord en sortir. Autrefois, nous traversions ce gros pédicule avec des broches, nous faisions des opérations incomplètes et dangereuses. Aujourd'hui tout s'arrange : taillez le lambeau péritonéal et appliquez la ligature élastique sur la masse, comme elle se présente; puis incisez l'utérus, ouvrez la loge du gros fibrome et faites-en l'énucléation. A mesure que la tumeur, attirée par les pinces et décollée par les doigts, s'élève et tend à quitter le petit bassin, le lien de caoutchouc glisse de haut en bas, se resserre autour de l'utérus qui se vide, et quand la tumeur est partie, la ligature est placée au bon endroit, et l'opération s'achève comme à l'ordinaire. C'est même ces cols énormes qui donnent les moignons les plus petits.

Les malades guérissent sans fièvre, sans réflexes ni douleurs inusitées, et se comportent vraiment comme après une ovariotomie.

La série des opérations que j'ai faites par ce procédé comprend

21 cas, dont les 20 premiers sont exposés dans la thèse d'un de mes élèves [1]. J'ai perdu deux malades dont je vais d'abord résumer l'histoire.

La première était une femme de soixante ans qui avait eu autrefois de grandes pertes, dues à un fibrome reconnu depuis vingt ans. La ménopause datait de onze ans. Elle avait une ascite beaucoup plus récente et un peu d'albuminurie. Je ne savais comment expliquer ces nouveaux symptômes, à cet âge et après un silence prolongé de la tumeur, mais n'ayant aucune donnée qui me permît de faire un autre diagnostic, je l'attribuai à la présence du fibrome et je résolus d'intervenir, tout en ayant conscience que je prenais une grave responsabilité. A mon grand étonnement, je tombai sur une péritonite tuberculeuse, avec granulations confluentes répandues à toutes les surfaces du péritoine, utérus, intestin, vessie, etc. Le cœur et les poumons étaient parfaitement sains.

J'évacuai l'ascite et je continuai l'ablation de la tumeur, qui fut très facile. L'opérée n'eut pas de grands accidents, mais elle traîna et mourut peu de jours après sa sortie de l'hôpital. Je pense aujourd'hui qu'après l'incision j'aurais mieux fait de m'arrêter, les tubercules étant la seule cause de l'ascite et de l'albuminurie. L'extirpation, d'ailleurs, n'ajouta presque rien au traumatisme abdominal, et j'ignore si, en m'abstenant, j'aurais conservé la malade. Ce qui est bien certain, c'est qu'on ne peut attribuer sa mort à une gravité particulière de l'hystérectomie.

Deuxième insuccès : femme de quarante et un ans, opérée pour des hémorragies profuses, suites normales et apyrexie pendant six jours; à la fin du sixième jour, fièvre subite, gros abcès de la suture évacué le lendemain; continuation de la fièvre et mort le neuvième jour. A l'autopsie, nappe purulente entre la peau et la couche musculaire; foyer semblable et de mêmes dimensions dans le péritoine, sous la paroi; au fond du petit bassin, *pédicule intact*. En somme, infection mortelle dont l'enquête la plus minutieuse ne m'a pas fait découvrir la source. Le catgut, que j'avais d'abord incriminé à cause du siège de la suppuration, était le même qui m'avait servi tous les jours précédents, qui me sert depuis, et qui ne doit pas être bien mauvais, puisque sur une moyenne de 60 opérations par mois, je n'ai pas un seul décès à l'hôpital Saint-Louis depuis le 1er janvier.

De ces deux échecs, le premier est beaucoup moins cruel que le second; mais tous deux sont pareils en ce qu'ils ne compromettent pas la méthode. J'insiste en effet sur l'intégrité du pédi-

1. Guilleminot, *Traitement du pédicule intra-péritonéal*, etc., thèse de Paris, 1893.

cule signalée tout à l'heure. Il s'agit là d'un accident de laparotomie, et il m'est impossible d'incriminer l'hystérectomie en général ni, en particulier, le procédé que je vous ai décrit.

Sur les 19 malades guéries, parmi lesquelles je compte des tumeurs énormes et des opérations très laborieuses, il y en a deux sur lesquelles je veux encore m'arrêter. Chez l'une, j'allais rôtir le pédicule, lorsqu'on s'aperçut que le thermo-cautère ne marchait pas. Je touchai la surface avec le sublimé et j'annonçai à mes assistants que j'allais, par le lambeau péritonéal, mettre l'opérée à l'abri de la péritonite, mais qu'elle pourrait avoir un abcès pelvien. Dès les premiers jours, elle avait un peu de fièvre, puis un empâtement du côté droit, puis une collection qui fut ouverte au-dessus de l'arcade et qui, venant du pédicule, avait filé sous le péritoine, comme le stylet en donnait la preuve. Elle guérit d'ailleurs facilement. Voilà un fait qui démontre à la fois l'importance de la cautérisation thermique et celle du lambeau péritonéal.

Chez l'autre, le moignon s'est encore plus mal comporté. La malade était guérie depuis le mois de février, lorsqu'au mois d'octobre elle se mit à souffrir du ventre et revint me trouver à l'hôpital Tenon. Elle avait un écoulement fétide par le museau de tanche et de l'empâtement autour du pédicule. Je résolus d'extirper celui-ci par la voie vaginale, afin d'ouvrir largement le foyer qui me paraissait communiquer avec l'intestin. Malheureusement, dès les premières inhalations de chloroforme, elle fut prise de syncope cardiaque et mourut. L'autopsie montra quelques vieux caillots dans l'épaisseur du ligament large gauche et autour du pédicule; ces caillots avaient suppuré et le rectum s'ouvrait dans le foyer par un orifice d'un centimètre environ. Je vais tirer de ce fait les enseignements qu'il me paraît comporter.

Cette observation est une des premières de la série; à cette époque je traitais à part les ligaments larges. Il me semble aujourd'hui qu'en les séparant du pédicule on risque d'ouvrir et de négliger quelques vaisseaux; peut-être est-ce la cause de ce léger épanchement sous-péritonéal? Quoi qu'il en soit, un jour le foyer sanguin s'est infecté par le museau de tanche, et la suppuration a ulcéré le rectum adhérent à son sommet.

Notez bien que ma malade est morte par le chloroforme, avant l'intervention; je tiens à l'établir, bien que ce soit un gros malheur. Elle n'a pas succombé aux accidents tardifs survenus autour du moignon, et même elle n'était pas gravement compromise. Rien n'était plus facile que d'enlever le pédicule et d'ouvrir le foyer; elle aurait eu pendant quelque temps une fistule recto-vaginale, qui sans doute aurait fini par se fermer comme l'ont fait quelques fistules du même genre observées par les hystérectomistes.

Maintenant, je reconnais que la meilleure manière de supprimer toute chance d'accident léger ou grave, primitif ou secondaire autour du pédicule est de supprimer le pédicule lui-même, et je ne suis nullement éloigné d'adopter l'hystérectomie totale. Mais il faut qu'on me donne un bon procédé. Il y en a plusieurs. L'opération est à l'ordre du jour; je l'ai vue très bien exécuter par Martin, l'année dernière, au Congrès gynécologique de Bruxelles, mais la manœuvre était compliquée, laborieuse, et les statistiques ne sont pas encore brillantes. La méthode abdomino-vaginale peut être, elle aussi, fort malaisée. Bref, l'hystérectomie totale sera peut-être un jour la méthode de choix, mais elle est en ce moment fort controversée, et j'ai encore le droit de préconiser une méthode qui m'a donné, sur 21 cas, deux morts, dont l'une est due à une péritonite tuberculeuse compliquée d'albuminurie, et l'autre à un accident de laparotomie n'ayant rien à voir avec le traitement du pédicule.

DISCUSSION

M. Pozzi. — Je ne ferai qu'une remarque à la suite de la communication de M. Richelot. Son procédé, sauf des modifications insignifiantes, est celui de Chrobak, or il est très contesté aujourd'hui par beaucoup de ceux qui l'ont expérimenté. Le professeur Alberts, de Vienne, m'a écrit à l'occasion même de cette discussion, à laquelle il était invité à prendre part. On connaît sa grande autorité en chirurgie abdominale : or il me dit qu'après avoir employé plusieurs fois le procédé de Chrobak, il a eu des résultats si peu satisfaisants qu'il est revenu à l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe et ligature élastique. C'est aussi, pour moi, le procédé de choix.

Traitement des tumeurs fibreuses,

Par le Dr Paul Reynier, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Tenon.

En mettant à l'ordre du jour le traitement des tumeurs fibreuses, on a fait appel à tous ceux qui ont eu à traiter ces tumeurs, pour venir donner ici le résultat de leur pratique personnelle.

Ainsi arriverons-nous peut-être à poser plus nettement les indications thérapeutiques, encore indécises en cas de fibro-myomes, cette indécision étant due à ce que nous sommes encore loin d'être fixés sur la valeur des différents traitements qui ont été proposés.

C'est dans cette pensée que j'apporte ici la statistique personnelle des différents fibromes que j'ai eus à soigner.

Cette statistique se divise en deux périodes très distinctes, comme résultats.

La première période s'étend jusqu'en 1890, époque à laquelle je suis devenu chirurgien de Tenon, où j'ai créé un service de gynécologie, qui chaque jour prend plus de développement.

Pendant cette période, chirurgien du bureau central, allant d'hôpitaux en hôpitaux, où je trouvais un personnel plus ou moins exercé à l'antisepsie, je n'ai eu que rarement à intervenir dans les cas de tumeurs fibreuses.

J'étais encore imbu du danger que présentait l'ablation de ces tumeurs, et ma statistique personnelle n'était pas faite pour m'enlever ces craintes. Je trouve en effet dans mes notes six laparotomies pour tumeurs fibreuses s'élevant jusqu'à l'ombilic, ou le dépassant; et sur ces six laparotomies à pédicules extra-abdominaux, j'ai quatre guérisons et deux décès : un de choc dans les 24 heures qui suivirent l'opération, l'autre de péritonite.

Pendant toute cette première période de ma carrière chirurgicale, j'eus surtout recours aux moyens médicaux, tels que les injections d'ergotine, les teintures d'hamamelis virginica, d'hydrastis canadensis, s'adressant principalement aux symptômes hémorragiques.

J'avoue que j'ai eu peu à me louer de tous ces moyens, qui m'ont paru agir plus sur l'état moral du malade que sur la tumeur. Je crois toutefois faire une exception pour la teinture d'hamamelis virginica, prise à la dose de 15 à 20 gouttes par jour qui m'a paru, dans quelques cas, faire diminuer les métrorragies.

Je pourrais presque en dire autant des eaux chlorurées sodiques, employées dans ma clientèle de ville, qui, sauf dans quelques cas rares, m'ont paru agir favorablement pour décongestionner la tumeur.

De cette première période j'ai conservé l'impression que nous avions en dehors des opérations, qui me paraissaient dangereuses, peu de ressources dans la thérapeutique médicale.

Restait toutefois l'électricité, que j'ai peu employée, sur laquelle je veux peu parler, n'ayant pas eu la possibilité d'établir ma conviction.

J'avoue toutefois, que le peu que j'en ai vu, que j'ai lu sur cette thérapeutique, ne m'a que fort peu séduit. Les résultats qu'on obtient, tout réels qu'ils sont, tels que les arrêts des métrorragies, la légère rétrocession des tumeurs, ne sont pas cependant assez importants à mon avis pour vous entraîner à avoir recours à cette thérapeutique.

Jamais en effet l'électricité n'a encore fait disparaître de fibromes. Ceux-ci persistent peut-être moins gênants, moins inquiétants, mais

pouvant toujours par de nouveaux accidents attirer l'attention sur eux. Enfin l'innocuité de cette thérapeutique est loin d'être démontrée. Il y a deux ans une discussion longtemps acerbe entre deux de nos électriciens, a démontré les dangers de cette pratique. J'ai eu moi-même à soigner deux cas de fibromes où l'emploi des courants électriques avait occasionné chez l'une des accidents mortels, et chez la seconde des accidents moins graves, mais ennuyeux.

Chez la première, à la suite des séances d'électrisation avec électrodes introduits dans la cavité utérine, un énorme phlegmon périutérin s'était développé. La malade était entrée dans mon service ayant des températures élevées, ne mangeant pas depuis longtemps, je l'opérai presque *in extremis* et elle mourut de septicémie.

Quant à la seconde, il s'agissait d'une femme à laquelle j'avais fait un Battey pour un utérus fibromateux de la dimension des deux poings.

La malade perdant encore, je l'avais envoyée se faire électriser, quatre mois après son opération. Elle me revint présentant un énorme phlegmon de la paroi abdominale. Sa cicatrice, qui n'avait pas suppuré à la suite de ma laparotomie, s'était dès les deux premières séances d'électrisation enflammée, et c'était sous cette cicatrice que s'était développé ce phlegmon. L'ouverture laissa échapper des débris de tissu cellulaire gangrené. La malade guérit bien. Mais je cite ce fait pour montrer que sur des tissus, qui ont peut-être besoin d'avoir été infectés, l'électricité peut occasionner des suppurations graves. Or que d'utérus fibromateux ont des annexes malades, et suppurant déjà ! que d'utérus ont des microbes dans leur cavité, microbes que l'électricité peut déranger, pour le plus grand mal du malade !

J'arrive maintenant à parler de la seconde période de ma vie chirurgicale, qui remonte comme je l'ai dit plus haut à 1890.

Est-ce par le fait de la plus grande habitude que j'ai des opérations abdominales, est-ce aussi grâce à un personnel mieux stylé, grâce aux progrès que tous nous faisons chaque jour dans l'asepsie? Toujours est-il que ma statistique s'est considérablement améliorée. Et le succès rendant audacieux, mécontent comme je viens de le dire de la thérapeutique expectative, je suis devenu beaucoup plus interventionniste en cas de fibromes utérins. Je tends de plus en plus à accepter l'opinion de Gusserow, qui considère que toute tumeur fibreuse doit être enlevée, à moins d'impossibilité absolue : ainsi on obtient la guérison complète des malades ; — et qui pense que c'est seulement quand l'ablation de ces tumeurs n'est pas possible, que la thérapeutique des symptômes doit entrer en ligne de compte.

En dehors en effet des indications généralement acceptées, telles que les métrorragies qui peuvent amener la mort par anémie de la malade, et qui pour quelques auteurs seraient les seules véritables indications opératoires, je considère que les tumeurs fibreuses ne sont pas aussi souvent qu'on veut bien le dire des tumeurs inoffensives. Le fibro-myôme qui ne donne lieu à aucun accident, est l'exception. Et si on accepte au contraire sa fréquence, c'est que bien des femmes supportent par crainte du médecin, ennui de se montrer, des malaises, des souffrances, dont elles ne se plaignent que quand ils prennent une certaine acuité. Tous ceux qui font de la gynécologie ont pu remarquer que s'il y a des femmes qui se plaignent trop, il y en a qui ne se plaignent pas assez.

Mais que le fibro-myôme soit resté indolent pendant plus ou moins de temps, il peut tout à coup se révéler par des accidents fort graves, phénomènes de compression, péritonites localisées, obstruction intestinale, urémie.

Si on considère de plus que le danger de leur ablation augmente, plus la tumeur s'accroît, on comprendra, surtout si les statistiques des interventions s'améliorent, qu'on soit de plus en plus disposé à intervenir rapidement.

La statistique que je peux vous présenter aujourd'hui, et qui est celle de tous les fibromes que j'ai eus à soigner depuis 1890, plaide en faveur de ces idées.

Ne parlant pas des polypes pédiculés que j'ai dû enlever, et dont l'ablation n'offre plus de dangers à l'heure actuelle, je relève 26 interventions pour fibro-myômes, avec une seule mort imputable à l'opération, mort qui, comme on le verra tout à l'heure, paraît avoir été due à des accidents exceptionnels, et qui n'assombrit que relativement cette statistique.

Ces 26 interventions se classent ainsi.

4 opérations de Battey pour des tumeurs fibreuses du volume du poing ou des deux poings au maximum; 4 guérisons.

Dans trois cas les métrorragies très abondantes se sont arrêtées, les malades ayant été revues 4 et 5 mois après l'opération.

Dans un de ces cas je n'avais pu enlever les annexes que d'un côté, et je m'étais contenté de faire la résection de la trompe de l'autre côté entre deux ligatures. Le résultat n'en a pas été moins bon.

Dans le 4e cas, il n'y a eu que diminution des pertes; c'est la malade que j'avais envoyée se faire électriser, et dont j'ai rapporté l'observation plus haut.

2 ablations vaginales par morcellement de fibromes sessiles faisant saillie dans la cavité utérine, et du volume chacun d'une tête de fœtus. Une de ces opérations a été faite avec l'aide du Dr Marieux, l'autre avec celle du Dr Hennart de Gacé.

Dans un cas, le choc opératoire fut considérable, l'opération ayant été laborieuse; les deux malades guérirent toutefois sans accident.

5 hystérectomies vaginales complètes, pour des utérus bourrelés de fibromes et constituant des masses du volume de 200 à 500 et 600 grammes, enclavées dans le petit bassin, et que je ne pus enlever que par morcellement.

Ces 5 hystérectomies m'ont donné 5 guérisons. Je vous présente les pièces provenant d'une des dernières opérations de ce genre, que j'ai faite il y a 9 jours avec l'aide des Drs Isch-Wall et Nitot.

Dans trois cas j'ai eu un choc opératoire assez considérable, dont j'ai pu toutefois triompher grâce à l'oxygène et aux piqûres de caféine, qui sont pour nous dans ces cas-là un si précieux adjuvant.

Enfin 14 laparotomies.

Dans un cas, il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal du volume d'une tête; je pus faire un pédicule du volume du pouce, sans ouvrir la cavité utérine; je mis dessus un fil de soie de Czerny n° 6 et rentrai le tout : la malade guérit.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une femme de trente-cinq ans à laquelle j'enlevai un fibrome du ligament large droit du volume des deux poings, attenant au bord droit de l'utérus, qu'il fallut sectionner pour séparer la tumeur. J'arrêtai l'hémorragie au moyen d'une suture en surjet au fil de soie, des deux lèvres du bord utérin ainsi sectionné, et refermai le ventre sans drainage. La malade mourut 50 jours après, non de son opération, mais d'accidents infectieux qui avaient débuté avant mon intervention.

Cette femme avait fait, en effet, quelques jours avant son entrée dans mon service, une fausse couche provoquée qu'elle avait niée. Elle était, à son entrée, très anémiée, fébricitante, et perdait abondamment. Sentant une tumeur dure dans le cul-de-sac droit, et constatant un col ramolli, j'avais pensé à une grossesse extra-utérine; et ce n'est qu'après l'ouverture du ventre que je m'aperçus que j'avais affaire à un fibrome du ligament large. Les suites de l'opération furent bénignes; il n'y eut pas de suppuration de la ligne d'incision; mais la malade continua à avoir de la fièvre, à rester très anémiée, et 25 jours après l'opération, elle était prise de grands frissons qui se renouvelèrent, puis le 30e jour elle eut de la phlegmatia de la veine humérale et de la veine fémorale, et elle mourait 50 jours après l'opération d'accidents infectieux, que l'autopsie n'expliqua pas. Du côté de l'utérus, il n'y avait pas de suppuration, pas trace d'inflammation dans le petit bassin, rien qui pût faire admettre que l'infection eût pour origine l'opération abdominale, et nous crûmes pouvoir attribuer la mort à des accidents d'anémie infectieuse, produite par les métrorragies

antérieures à mon opération. Je crois donc pouvoir regarder cette observation comme un succès opératoire.

Enfin dans 12 cas je fis la laparotomie pour des tumeurs dépassant, ou arrivant toutes à l'ombilic. Beaucoup de ces tumeurs étaient adhérentes. Dans les 12 cas je fixai le pédicule à la paroi. Mes 12 opérées guérirent.

Les pédicules sont tombés dans les 2 à 3 mois qui ont suivi l'opération, sauf pour un cas où le pédicule avait six centimètres de diamètre, et qui ne fut sectionné qu'au bout de 4 mois. Il persista à la suite une fistule, qui ne se ferma qu'au bout de 5 mois. Dans tous les autres cas la guérison se fit complètement après la chute du pédicule, activée dans un cas ou deux par un léger curetage.

Il me reste maintenant à parler du seul véritable cas de mort que j'aie eu consécutivement à l'opération.

Il s'agissait d'une femme présentant des phénomènes nerveux bizarres, tremblement des membres, parole scandée, rires et pleurs sans raison. J'avais, à deux reprises, refusé de l'opérer. La malade avait une tumeur fibreuse du volume d'une tête de fœtus, très douloureuse, et c'est sur ses instances réitérées, que je m'étais décidé à intervenir. Je fis la laparotomie, enlevai la tumeur très adhérente, et, après avoir placé un fil sur le col, terminai l'opération par l'ablation vaginale de celui-ci; la malade à la suite de cette opération eut un état de choc très prononcé, et elle mourait 48 heures après, avec une élévation brusque de la température montant à 40°,06, la langue noire, sèche, fuligineuse comme dans les affections rénales, sans vomissements, sans douleurs de ventre, et sans ballonnement. A l'autopsie, on ne trouva pas trace de péritonite; l'examen bactériologique n'a toutefois pas, malheureusement, été fait; les reins étaient petits, congestionnés. Les urines depuis l'opération avaient été très rares; la femme est-elle morte d'urémie, accident qui a été signalé un certain nombre de fois après les laparotomies pour fibrome? ou son état nerveux peut-il être pour quelque chose dans cette fin? je ne saurais me prononcer. Toujours est-il que nous avons eu affaire à des accidents exceptionnels, la malade étant dans de mauvaises conditions avant l'opération, puisque j'avais à deux fois refusé de l'opérer.

Telle est ma statistique. Elle justifie, comme on le voit, ce que je disais au début. Le succès rend audacieux. Je ne saurais toutefois tirer de 12 laparotomies, et de cinq hystérectomies, des conclusions encore fermes. Je peux n'avoir qu'une série heureuse, mais les statistiques, qui ont paru dans ces derniers temps, montrent que beaucoup de mes confrères ont eu des séries aussi heureuses, après avoir eu des débuts aussi peu encourageants

que les miens. Ces séries se multipliant prouvent que nous progressons dans la chirurgie abdominale ; et plus nous progresserons, plus nous deviendrons interventionnistes en cas de fibrome.

Reste maintenant à discuter le choix de l'intervention.

Lorsque la tumeur dépasse la grosseur d'une tête de fœtus, lorsqu'elle s'élève jusqu'à l'ombilic, la laparotomie me paraît rester toujours l'opération de choix.

Jusqu'à présent, pour ces énormes fibromes, j'ai toujours donné la préférence au procédé de Hégar, qui laisse le pédicule extra-abdominal. Moins brillant pour le chirurgien que le procédé de Schröder, ou que ceux qui en dérivent, et qui consistent à rentrer le pédicule, il me paraît incontestablement plus sûr pour la malade.

Outre qu'on évite ainsi les dangers inhérents à la rentrée du pédicule : hémorragies, infection par la cavité utérine, élimination du lien de caoutchouc, etc., il offre de plus cet avantage immense d'être plus rapide. Or il ne faut pas oublier qu'une des conditions essentielles du succès, est la rapidité dans l'opération. On évite ainsi le choc qui en est le grand danger. C'est dans cette pensée que, en cas de fibrome, sauf une fois qui ne m'a pas réussi, je n'ai pas eu recours dans la même séance à l'ablation vaginale du col, comme le pratique mon collègue M. Bouilly. Cette opération me paraît plus simple, plus rationnelle que tout ce qu'on a proposé depuis quelque temps, et, en cas de fibrome dont l'énucléation se sera faite facilement, je suis tout disposé à la pratiquer de nouveau.

Pour les fibromes de moyen volume, ne dépassant pas 7 à 800 grammes, enclavés dans le petit bassin, dans lequel le col se confond avec le reste de la tumeur, l'hystérectomie vaginale par morcellement me paraît devoir de plus en plus devenir le procédé de choix. Autant je reste peu partisan de cette opération dans les lésions des annexes, ne la réservant qu'à des cas bien limités exceptionnels, autant pour les fibromes de moyenne dimension, je suis disposé à la préconiser.

Si, comme je n'en doute pas, la bénignité de cette opération est démontrée pour les fibromes de moyen volume, le danger augmentant, plus on opère tardivement, l'intervention précoce gagnera, je suis sûr, de nombreux partisans.

Pour accepter cette manière de voir, mes confrères n'ont qu'à songer à l'existence souvent misérable des femmes atteintes de fibromes, aux dangers qu'elles courent, aux ennuis qui ne s'arrêtent pas toujours comme on est trop disposé à le croire à la ménopause, mais qui le plus souvent persistent, ainsi que l'ont remarqué dernièrement plusieurs auteurs.

Note sur une série de vingt fibro-myômes de l'utérus, traités par l'hystérectomie et l'hystérotomie. — Résultats éloignés,

Par le Dr Jules Boeckel (de Strasbourg).

J'ai opéré vingt fibromes ou fibro-myômes de l'utérus, dont :

3 par hystérectomie vaginale totale;
13 par hystérotomie abdominale (supra-vaginale);
4 par hystérectomie abdomino-vaginale.

Ces 20 opérations ont fourni en bloc 15 guérisons, 5 morts, soit une mortalité de 25 p. 100.

Pour apprécier la valeur des trois méthodes en question, il faut établir le bilan de la mortalité dans chacune d'elles.

L'*hystérectomie vaginale* n'a à son actif que des guérisons.

L'*hystérotomie supra-vaginale* et l'*hystérectomie abdomino-vaginale* ont à leur passif 5 morts, dont 4 par péritonite septique et 1 par shock. La première de ces méthodes à *elle seule* a fourni 4 morts, soit :

1 dans le procédé de la ligature élastique perdue (shock) sur 4 cas;

2 dans celui de la ligature à la soie (péritonite septique) sur 5 cas;

1 dans la méthode extra-péritonéale (*id.*) sur 4 cas.

L'hystérectomie mixte ou abdomino-vaginale compte 1 mort sur 4 cas.

Analysons ces 5 cas de mort dans les trois méthodes en question.

A. — *Méthode intra-péritonéale.*

a. Ligature élastique perdue. Un cas de mort sur 4. Chez cette malade (quarante-huit ans), l'opération avait marché à souhait, il s'agissait d'un fibro-myôme de cinq livres, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant toute la partie inférieure de l'abdomen. Le pédicule, constitué par l'utérus, avait été étreint dans une ligature élastique et réduit dans le ventre. Rien ne faisait présumer une issue fatale, lorsque dix-huit heures après l'intervention, mon opérée mourut au milieu d'atroces souffrances. La constriction de l'utérus et des nerfs utéro-ovariens a-t-elle entraîné la mort par action réflexe, chez cette opérée, passablement affaiblie déjà par des pertes antérieures? C'est une opinion que je serais tenté d'admettre, en l'absence de toute autre cause capable d'expliquer la mort.

b. Ligature perdue à la soie. Deux cas de mort sur cinq.

Les deux décès rentrant dans cette catégorie, concernent des femmes opérées il y a sept et huit ans. Ces opérations sont les 3e

et 4e par ordre chronologique: elles remontent par conséquent à une époque où, en dehors du manque d'expérience suffisante dans ce domaine, la technique opératoire n'avait pas atteint le degré de perfection voulue.

Elles ont trait à des dames de quarante-un et quarante-deux ans, portant depuis deux et trois ans des fibromes dépassant l'ombilic. Le pédicule, d'une brièveté excessive dans les deux cas, avait été fragmenté en deux faisceaux et lié avec un simple fil de soie phéniqué. La mort survint le troisième et le quatrième jour par péritonite septique.

La qualité du fil, sa minceur, son aseptisation douteuse, sont des facteurs qui expliquent ce résultat fatal. Avec le cordonnet que nous employons aujourd'hui, les moyens de stérilisation que nous connaissons actuellement, il est bien probable que ces deux opérées eussent guéri.

En effet, bien que la constriction du pédicule parût assurée au moment de sa réduction dans l'abdomen, elle n'avait pas été, elle ne pouvait être suffisante avec le fil dont nous nous étions servi. La ligature n'avait donc pas rempli son but. Ce qui le prouve, c'est qu'une hémorragie en nappe s'était produite après coup, comme l'autopsie le révéla. Le petit bassin renfermait une certaine quantité de liquide sanieux sanguinolent; de plus le pédicule, recouvert d'un caillot fétide, était ramolli et en voie de putréfaction.

B. — *Méthode extra-péritonéale.*

Un décès sur quatre opérations, concernant une vierge, de quarante-trois ans, opérée il y a quatorze ans : ma première hystérectomie! Ici encore plus que dans les cas précédents, il faut incriminer les hésitations du début, l'inexpérience de la technique, peut-être aussi l'insuffisance de l'antisepsie. La mort, causée par péritonite septique, survint le quatrième jour.

C. — *Méthode abdomino-vaginale.*

Le cas de mort (1 sur 4 opérations) de cette catégorie, a trait à une femme de cinquante-trois ans, atteinte depuis cinq ans d'un volumineux fibrome comprimant la vessie et dépassant largement l'ombilic. La tumeur pédiculisée à sa partie inférieure à l'aide d'une ligature élastique, avait été enlevée par laparotomie; puis le pédicule fut extrait à son tour par la voie vaginale, l'hémostase des ligaments larges étant assurée grâce aux longues pinces de Péan. Tamponnement iodoformé du vagin sans drainage autre.

Au bout de trente-deux heures j'enlève les pinces; tout marche à souhait; la température atteint une seule fois 38°,3 le 4e jour. Le

Ce jour au matin, la malade a sa première selle; quelques heures après, son ventre se ballonne, elle se refroidit et meurt dans la soirée.

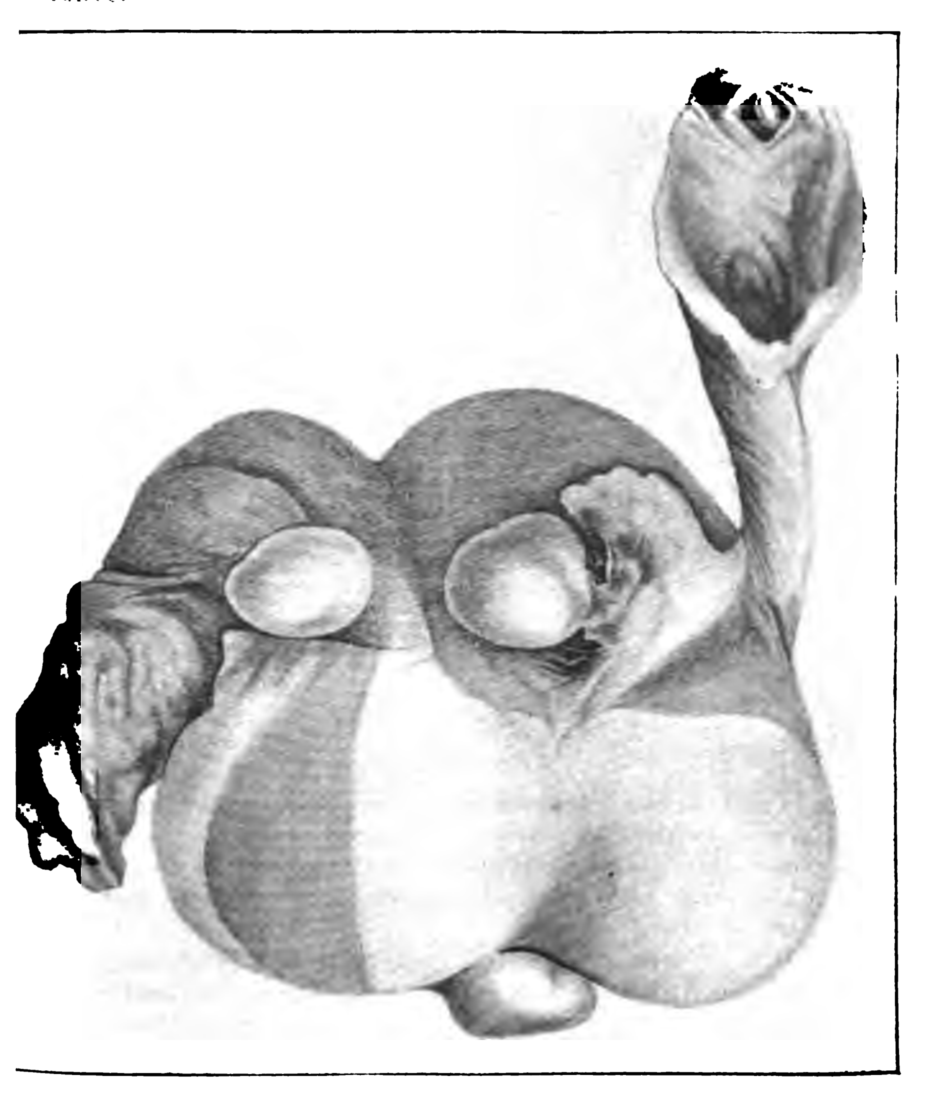


Fig. 1.

Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, il est évident que c'est à la péritonite septique qu'est due la mort. Mais quelle en a été l'origine? Serait-ce le tampon vaginal qui n'a pas permis un écoulement suffisant des produits de sécrétion? Je serais tenté de l'admettre. Mais ces produits de sécrétion, objectera-t-on, doivent

être inoffensifs lorsque l'antisepsie a été rigoureuse. En théorie cela est vrai, cela devrait être. En pratique malheureusement cela n'est pas toujours le cas. Il arrive en effet, dans les cas où l'on a eu recours à la forcipressure, qu'en dépit de l'antisepsie la plus minutieuse, les tissus comprimés par les mors des pinces se sphacèlent et se décomposent au contact des intestins; l'éclosion de germes pathogènes multiples et divers est facile dans de pareilles conditions. Leur multiplication est rapide et si l'on n'a soin d'y parer, la péritonite arrive d'une manière presque foudroyante. Il faut donc veiller dès le début à en prévenir l'apparition; le meilleur moyen dans le cas spécial, consistera à placer à côté du tampon un bon tube à drainage. On pourra s'en dispenser par contre lorsqu'au lieu de la forcipressure on aura eu recours à la ligature des ligaments larges.

En résumé, des 5 morts que j'ai eu à déplorer, 3 à coup sûr sont dues à des fautes qui ne sauraient faire condamner ni l'opération, ni les procédés employés. Je suis seul à en porter la responsabilité et ne crains pas de les mettre sur le compte de mon inexpérience d'alors. J'en dirai peut-être autant de la dernière, bien qu'elle concerne une opération de date plus récente, mais encore peu pratiquée jusqu'ici.

Quant au premier insuccès (ligature élastique perdue) j'en ai indiqué plus haut la cause probable (shock).

J'arrive aux cas de guérison, qui sont au nombre de 15. Ils se répartissent comme suit :

A. — *Hystérectomie vaginale totale.*
3 cas : 3 guérisons.

Les 3 cas concernent des femmes de quarante-huit, quarante-neuf et cinquante ans, atteintes toutes trois de fibromes multiples, implantés sur le corps de l'utérus et ayant déterminé des symptômes variés : hémorragies, compression de la vessie, troubles nerveux divers.

Chez deux de ces malades les tumeurs avaient le volume d'un fort poing d'adulte (voir pl. I); chez la troisième elles mesuraient le double, comme le montre la photographie que j'ai l'honneur de vous soumettre (voir pl. II).

Chez les deux premières opérées, l'hystérectomie fut remarquable par sa simplicité et par ses suites.

L'utérus, très mobile, put être attiré à la vulve avec la plus grande facilité et extirpé en totalité sans morcellement. Les ligaments larges avaient été liés à la soie phéniquée. Le douzième et le seizième jour mes opérées étaient complètement guéries : elles le sont restées depuis lors (18 mois et 3 ans).

Chez la troisième, l'opération fut passablement laborieuse à cause des adhérences très serrées qui existaient dans le cul-de-sac vésico-utérin, du volume de la tumeur et de la difficulté d'attirer l'utérus. Force me fut, pour l'attirer en avant, d'introduire par le Douglas une fois ouvert, un large crochet mousse, au moyen duquel j'opérai de fortes tractions, qui me rendirent maître de la situation. Je pus comme dans les cas précédents pratiquer l'hystérectomie sans morcellement : elle avait duré près d'une heure.

La guérison se fit au bout d'un mois, après élimination de vastes lambeaux de tissu cellulaire nécrosé. Le morcellement, d'après Péan, eût assurément été à sa place ici ; mais je n'étais pas alors outillé pour le pratiquer d'une façon convenable.

Quoi qu'il en soit, tous les troubles disparurent après l'opération et aujourd'hui, après trois ans, la santé de mon opérée ne laisse rien à désirer.

B. — *Hystérotomie supra-vaginale.*

a. Méthode intra-péritonéale. — *1° Ligature élastique perdue.* — Je note trois guérisons, dont deux définitives et une opératoire. Cette dernière a trait à une femme de cinquante-six ans, atteinte d'une tumeur fibreuse énorme remplissant l'abdomen et remontant de chaque côté jusque sous les fausses côtes, au point d'entraver la plupart des grandes fonctions. Opération classique. Suites très bénignes, apyrexie complète. Réunion absolue le neuvième jour. L'opérée se lève quelques jours plus tard. Vers la troisième semaine elle prend une cystite, à laquelle elle succombe trois semaines plus tard.

L'*autopsie* ne révèle aucune lésion du côté du péritoine. Le moignon utérin est ratatiné, atrophié ; le tube élastique est recouvert d'un revêtement péritonéal de nouvelle formation : il est littéralement enkysté. Dans son voisinage il n'y a pas le moindre exsudat. La vessie ratatinée est remplie de pus et d'urine fétide. Les autres organes sont sains.

Une deuxième malade d'une trentaine d'années, opérée par ce même procédé, a guéri au bout de dix jours, sans fièvre, sans accidents ultérieurs et ce qui est particulièrement intéressant, sans élimination de sa ligature jusqu'à ce jour (six ans).

Dans un dernier cas j'ai adopté un procédé mixte. Voici comment j'ai procédé : J'ai entouré tout d'abord le pédicule d'une ligature élastique, que j'ai réduite dans l'abdomen. J'ai placé ensuite une colerette de sutures péritonéales sur la partie supérieure du pédicule, que j'ai ainsi fixé à l'angle inférieur de la

plaie. En avant j'ai laissé un espace libre, par lequel j'ai attiré au dehors les extrémités de la ligature élastique. De cette façon j'avais établi une sorte de canal, traversé par le tube en question, canal qui servit à déverser au dehors les produits de sécrétion. Lorsque le pédicule fut nécrosé (19e jour) je coupai les bouts de la ligature près du nœud et laissai la plaie se réunir par seconde intention. La tolérance de ce corps étranger fut absolue et aujourd'hui, après deux ans, mon opérée se porte à merveille.

2° *Ligatures perdues à la soie.* — Tandis que le procédé de la ligature élastique convient plus particulièrement aux pédicules courts et gros, celui de la ligature à la soie n'est guère applicable qu'aux pédicules qui, tout en étant courts, sont en même temps minces. Qu'on puisse avoir des succès par ce procédé dans les pédicules gros, je suis loin de le nier; mais il faut alors évider le pédicule, le fragmenter en deux ou trois portions, faire des ligatures en chaîne. Tout cela est assurément plus compliqué et peut-être moins sûr que de recourir dans ces cas à la ligature élastique.

J'ai eu deux succès rapides par le procédé de la ligature à la soie, chez des femmes de quarante et cinquante et un ans. L'histoire de cette dernière présente quelques particularités dignes d'être signalées. Elle avait un ventre énorme, dont la circonférence atteignait 140 centimètres. La tumeur s'était développée il y a onze ans, pendant sa dernière grossesse. Je m'attendais à des difficultés grandes pendant l'opération, mais grâce à un pédicule *épiploïque* excessivement grêle, l'opération fut très simple. Fait digne de remarque : la tumeur occupait la région sus-ombilicale et l'hypocondre droit. Elle était d'une excessive mobilité et paraissait indépendante de l'utérus : aussi avais-je songé un instant à une tumeur de l'épiploon ou du rein.

L'examen histologique prouva qu'il s'agissait bien d'un fibromyôme utérin. Pour expliquer ses rapports et son siège insolite dans la région ombilicale, il faut admettre ceci :

Développée comme il a été dit pendant la grossesse, la tumeur est sans doute restée fixée dans les parties supérieures de l'abdomen après le retrait de l'utérus; son pédicule forcément allongé s'est alors rompu à un moment donné et a contracté des adhérences avec l'épiploon, adhérences qui ont suffi pour alimenter la tumeur.

3° *Ligature directe des vaisseaux du pédicule.* — Je rapprocherai des procédés précédents, un procédé qui appartient également à la méthode intra-péritonéale et que j'appellerai procédé de la *ligature directe*; je ne l'ai employé qu'une seule fois et cela à titre exceptionnel. Bien qu'il m'ait donné un succès, je ne vou-

drais pas l'ériger en méthode, à cause des dangers possibles qu'il pourrait engendrer. Il consiste à lier les vaisseaux à la surface même du moignon, sans entourer ce dernier d'une ligature spé-

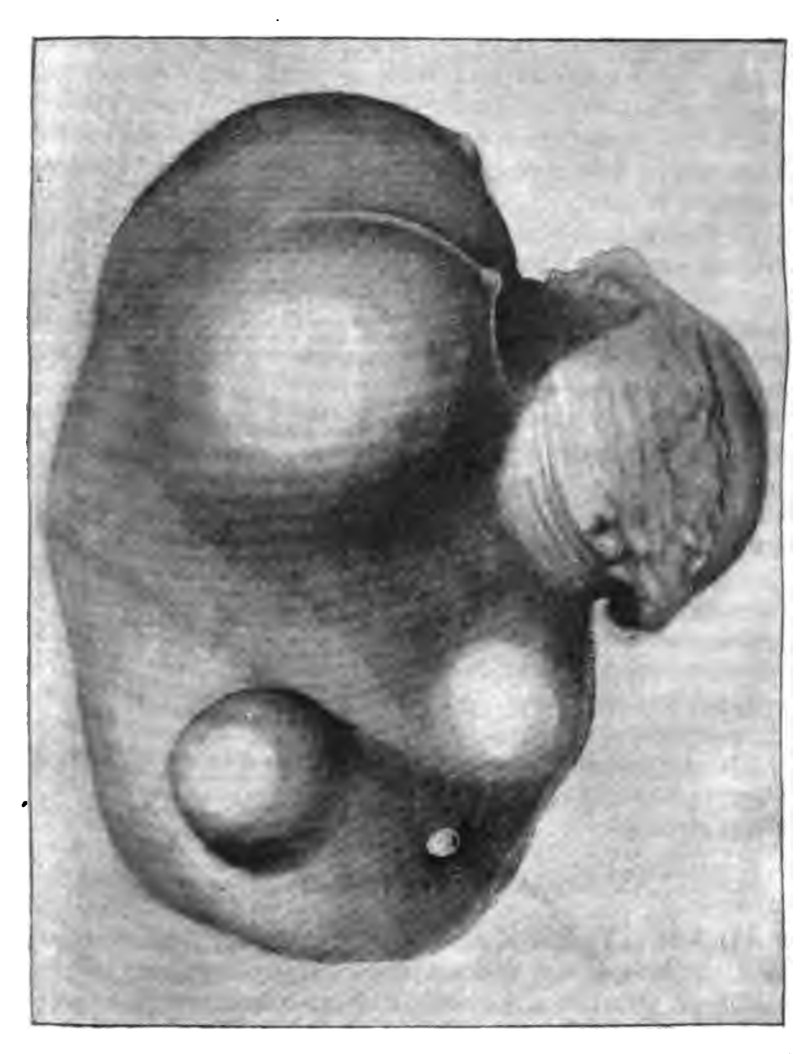


Fig. 2.

ciale; à agir en un mot comme si l'on avait affaire à une tumeur appartenant à une région quelconque. Pour que l'on puisse y recourir, il faut que le pédicule soit relativement mince et mou. C'était précisément le cas chez la malade (46 ans), dont la tumeur dépassait l'ombilic de deux bons travers de doigt. Large de deux

centimètres et demi, le pédicule était constitué par la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

Faisant maintenir la tumeur par un aide, je comprimai fortement son point d'attache entre le pouce et l'index et le divisai d'un coup de ciseau. La tumeur extraite, je constatai que le moignon présentait au centre un orifice du calibre d'une plume d'oie, correspondant au canal cervical. Trois ou quatre vaisseaux béants à sa surface furent liés avec du catgut. M'étant assuré que l'hémostase était parfaite, j'abandonnai le pédicule tel quel dans le ventre et suturai la paroi.

Le dixième jour, la plaie était réunie par première intention. Le dix-huitième jour, l'opérée put se lever et prendre son exeat quelques jours plus tard. La guérison s'est maintenue depuis onze ans. Pendant les trois premiers mois qui ont suivi l'opération, la malade a eu ses époques. J'avais respecté les annexes du côté droit, trop profondément situées pour pouvoir être enlevées facilement. Puis pendant près d'un an, elle a présenté à chaque époque cataméniale des troubles nerveux, caractérisés par une agitation extraordinaire, des douleurs vagues dans le ventre, des vomissements, des syncopes, mais plus jamais d'écoulement sanguin.

b. Méthode extra-péritonéale. — Cette méthode, applicable aux tumeurs à pédicule long, m'a donné trois succès.

Moins brillante que les précédentes, plus longue dans son exécution et dans ses suites, elle est assurément plus sûre dans ses résultats lorsque la technique, aujourd'hui perfectionnée, a été rigoureusement suivie.

Les trois opérations que j'ai pratiquées pour d'énormes fibromes n'ayant présenté aucune particularité spéciale, je passe à la troisième méthode.

C. — *Hystérectomie abdomino-vaginale.*

Imaginée et exécutée pour la première fois par Péan, elle consiste, comme l'on sait, à faire d'abord la laparotomie pour enlever la tumeur. Cela fait, on referme le ventre et l'on extirpe le pédicule par le vagin, en suivant la technique habituelle.

J'ai eu l'occasion de faire trois fois cette opération avec succès : deux fois pour des tumeurs fibreuses, une fois pour une salpingo-ovarite suppurée énorme, prise à tort pour un fibrome.

L'impression qui m'en est restée, c'est que cette méthode, tout en étant rationnelle, idéale même, n'est pas absolument dépourvue de dangers. En somme, c'est un double traumatisme que l'on impose aux malades, une perte de temps sérieuse pour le chi-

rurgien. Ce dernier facteur assurément ne saurait entrer en ligne de compte pour faire adopter ou rejeter la méthode en question. L'avenir seul nous dira si elle doit être conservée. Mais déjà les récentes tentatives, entreprises dans le but de la simplifier, de faire d'emblée l'hystérectomie totale par la seule voie abdominale, nous font entrevoir que d'ici peu de temps sans doute, cette méthode simplifiée constituera l'opération de choix chez les malades suffisamment résistantes.

Conclusions. — Des quelques considérations qui précèdent un premier fait se dégage.

L'innocuité absolue ou quasi absolue de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus de petit et de moyen volume.

La nécessité de classer les tumeurs volumineuses sous deux catégories distinctes : celles à pédicule court et mince, ou court et gros. La méthode *intra-péritonéale* seule leur convient. Pour celles-là on choisira le procédé de la ligature perdue à la soie; pour celles-ci la ligature élastique perdue. Elle offrent toutes deux une sécurité égale. Quant à l'hystérectomie abdomino-vaginale, à moins d'être pratiquée par l'abdomen seul, elle est incontestablement plus compliquée et plus grave. En outre elle est difficile, sinon impraticable chez les vierges et les femmes à vagin étroit; elle me paraît contre-indiquée chez les malades d'un certain âge, et chez celles dont la constitution, minée par des hémorragies répétées, ne saurait supporter pareil traumatisme.

Les tumeurs à pédicule long, pouvant être facilement amené au dehors, seront traitées avec une sécurité presque absolue par la *méthode extra-péritonéale*. Suivant moi, cette dernière constituera dans l'espèce la méthode de choix.

Le traitement des tumeurs fibreuses utérines,

Par le Dr Jacobs, Agrégé de l'Université de Bruxelles (Belgique).

Le traitement chirurgical des tumeurs fibreuses de l'utérus a toujours été considéré comme traitement de nécessité. Je n'ai pas l'intention, par les quelques remarques que je veux soumettre à votre appréciation, d'élucider la valeur respective des procédés opératoires applicables à l'ablation de ces néoplasmes; nous nous répétons tous en disant avec raison qu'il n'y a pas de procédé unique, de méthode exclusive, que le choix qui doit nous guider dépend uniquement des conditions de volume, de situation, de

forme, d'état de vitalité ou de dégénérescence du néoplasme, tous facteurs qui nous amènent à opérer suivant telle ou telle méthode. Par le fait même de la diversité des cas, des opérations, on ne doit attacher qu'une valeur très relative aux statistiques opératoires de l'espèce. Cependant, afin de pouvoir en déduire quelques conclusions spéciales, au point de vue du traitement chirurgical des fibromes utérins, je me permettrai de vous donner les résultats que j'ai obtenus :

Je suis intervenu dans 47 cas de tumeurs fibro-myômateuses de l'utérus.

36 opérations ont été pratiquées par la voie abdominale, donnant 23,6 0/0 de décès.

11 opérations ont été pratiquées par la voie vaginale, donnant 0 décès.

Opérations abdominales.

20 cas ont été traités par la méthode extra-péritonéale, 4 décès.
7 cas ont été traités par la méthode intra-péritonéale, 1 décès.
9 cas d'ablation totale, 4 décès.

Opérations vaginales.

1 cas par ligatures progressives.
8 cas par forcipressure.
1 cas par morcellement.
1 cas par évidement central.

Le nombre des interventions vaginales ne peut être comparé à celui des opérations abdominales; mais, *a priori*, il semble que la voie vaginale donne des résultats opératoires plus encourageants que la voie abdominale. Remarquons toutefois que cette dernière est nécessairement réservée aux cas non extirpables par le vagin, c'est-à-dire toujours graves et compliqués.

Toutes ces opérations ont été pratiquées sur des malades dont l'âge variait de vingt-sept à soixante-dix ans (une seule était âgée de 18 ans). Les décès se répartissent parmi les malades ayant dépassé cinquante ans ou chez celles qui présentèrent des conditions opératoires particulièrement laborieuses.

Je crois donc qu'il est de l'intérêt des malades que l'opération soit faite hâtivement, alors que l'état général est encore satisfaisant, permettant à l'organisme de supporter aisément un traumatisme chirurgical aussi important. La préférence que l'on pourra accorder plus souvent alors à la voie vaginale viendra augmenter encore les chances d'issue heureuse pour l'opération.

Beaucoup de praticiens admettent que le myôme utérin dispa-

rait avec la menstruation. J'ai observé quelques cas dans lesquels des tumeurs de ce genre diminuaient sensiblement de volume après la ménopause, mais j'en ai vu beaucoup et parmi eux quelques-uns des cas malheureux cités plus haut, chez lesquels, après une accalmie de quelques années dans les symptômes douloureux ou inquiétants, apparurent des dégénérescences de toute nature qui vinrent rendre l'intervention de toute nécessité, mais toujours dans de bien tristes conditions; souvent même l'opération n'était plus praticable!

Parmi ces cas je remarque une dame de soixante-dix ans, ayant un fibrome depuis l'âge de trente-quatre ans, et ayant supporté les métrorragies et autres inconvénients jusqu'à la ménopause. qui se passe de cinquante à cinquante et un ans. La tumeur diminue alors de volume et la santé revient. C'était la guérison! A soixante ans débutent les premiers symptômes douloureux d'une dégénérescence calcaire qui finit par envahir tout le néoplasme. Petit à petit les phénomènes de compression occasionnés par cette tumeur pierreuse deviennent si douloureux que cette malheureuse, à soixante-dix ans, toute débilitée, doit se résoudre à l'intervention. Le dix-septième jour elle est enlevée par une pneumonie hypostatique.

Une autre, âgée de cinquante-six ans, porte depuis plus de vingt ans une tumeur fibreuse très volumineuse, ne lui ayant donné d'autres inconvénients qu'un prolapsus assez accusé du vagin et une large éventration des parois abdominales. Ménopause à quarante-neuf ans. A cinquante-six ans, dépérissement rapide occasionné par une dégénérescence myxomateuse du néoplasme. Opération très laborieuse qui permet de constater l'envahissement du tissu cellulaire pelvien et de la vessie par le processus de dégénérescence. Il est évident que dans ces cas l'opération pratiquée quinze ou vingt ans plus tôt eût été faite dans des conditions qui auraient assuré la guérison.

Je ne multiplierai pas ces exemples. Ces cas ne sont pas exceptionnels, je crois au contraire qu'en présence d'une tumeur fibreuse utérine on peut avoir la certitude de se voir acculer à une intervention radicale pour une date plus ou moins éloignée. Dans de telles conditions on peut se demander si nous avons bien le droit de nous en tenir à la méthode expectative, presque toujours préconisée lorsque la tumeur n'a pas un volume assez considérable pour rendre la vie de la malade pénible? Est-il raisonnable que nous attendions que les symptômes prennent un caractère menaçant et nous forcent à une intervention immédiate, qui sera liée toujours à un pronostic fâcheux! Ici, comme dans bien d'autres affections pelviennes, se reposer sur la maxime *Vix medica-*

trix natura, c'est se refuser sciemment à un acte logique et aux avantages que la science chirurgicale moderne a mis à notre disposition. J'estime donc que le fibrome utérin réclame toujours l'intervention.

Je vous ai cité 36 interventions personnelles par la voie abdominale. Si ces opérations m'ont mis à même de constater les avantages de cette voie opératoire sur la voie vaginale dans les cas de tumeurs volumineuses non extirpables par cette seconde voie, j'ai pu également en étudier les inconvénients.

Parmi les cas d'*hystérectomie abdominale partielle*, 20 cas traités par le procédé *extra-péritonéal* m'ont donné 16 guérisons, 4 décès. 3 de ceux-ci se sont produits dans les premiers jours qui suivirent l'opération, 1 le treizième jour, c'est le cas que je vous citais tantôt. 2 décès immédiats peuvent être attribués au traumatisme, à la longueur de la chloroformisation, le troisième à la blessure d'un uretère. J'ai pu suivre 12 des opérées guéries; 6 ont présenté plus ou moins tardivement une hernie abdominale au niveau de la section du pédicule; chez 2 d'entre elles le pédicule s'est détaché de la paroi abdominale. Une cœliotomie secondaire fut nécessaire dans l'un de ces cas, à cause du volume de la hernie et du prolapsus vaginal total qui entraînait avec lui le moignon du col. J'ai profité de l'ouverture de la cavité abdominale pour faire une *cervicopexie*, c'est-à-dire pour suturer le moignon du col à la paroi. Le résultat immédiat a été bon. Trois mois après, la hernie s'était reproduite, mais le col adhérait encore à la paroi de l'abdomen.

Deux fois j'ai observé des *fistules abdominales* tardives, mettant en communication directe le vagin et la paroi abdominale.

Enfin 5 de ces opérées sont admirablement bien portantes; 1 cas est trop récent pour en citer les suites tardives.

Le procédé extra-péritonéal présente de grandes difficultés de traiter pendant de longs jours (j'ai vu un pédicule ne tomber que le 22e jour), d'une façon parfaitement aseptique, le pédicule externe, quel que soit d'ailleurs le traitement local suivi; on peut lui reprocher encore les phlegmons des parois abdominales, les décollements et les suppurations fistuleuses, enfin la longue durée du traitement et les accidents consécutifs à toute cœliotomie : adhérences vicieuses épiploïques et intestinales, éventration, déplacement des organes abdominaux, troubles nerveux.

J'ai fréquemment observé des désordres vésicaux très pénibles, entretenus pendant longtemps par la position imposée au col utérin.

Le procédé *intra-péritonéal* se recommande par sa simplicité et la rapidité de la guérison. Il m'a donné sur 7 cas, 6 guérisons

opératoires, 1 décès dû à une péritonite septique. Parmi les résultats heureux, j'ai à signaler un cas dans lequel je dus, un mois après l'opération, procéder à l'extraction du pédicule et de la ligature à cause de la formation d'abcès pelviens et d'une fistule abdominale; 1 cas de fistule abdomino-vaginale avec éventration partielle, enfin 2 cas de phlébite des membres inférieurs.

Le procédé intra-péritonéal restera toujours imparfait, à cause de l'impuissance du chirurgien à s'opposer d'une façon absolue aux dangers de la septicémie résultant du sphacèle du pédicule, ainsi qu'aux dangers de l'hémorragie.

J'ai employé 2 fois la ligature élastique, et 3 fois la ligature au fil de soie en suivant la méthode de Zweifel.

Hystérectomie abdominale totale. — Cette opération est appelée à réaliser tous les désiderata, l'ablation du col et par conséquent du pédicule étant le moyen le plus radical pour supprimer les foyers d'infection secondaire.

Les objections les plus sérieuses à ce procédé résident dans la longueur de l'opération, qui augmente d'autant le shock opératoire, et dans les difficultés souvent très grandes de son exécution.

J'ai suivi cette méthode dans 9 cas. Dans 6 de ces cas j'ai extrait le col et le pédicule par le vagin, 4 fois dans la même séance que l'hystérectomie abdominale, 2 fois, vingt-quatre ou quarante-huit heures après; ces deux derniers cas ont été suivis de décès, dont 1 par suite de lésions de l'uretère, l'autre par complications cardiaques. Des 4 cas dans lesquels j'ai procédé à l'ablation du col dans la même séance, j'ai obtenu 3 guérisons, 1 décès.

Ce dernier cas était remarquable par le volume de la tumeur. C'était un fibrome développé en grande partie dans le ligament large et qui pesait 32 livres! La malade a succombé au traumatisme, à l'énorme soustraction de sang, une partie de cette tumeur étant télangiectasique. Enfin dans 3 cas j'ai procédé à l'extraction de l'utérus en bloc par l'abdomen et j'ai obtenu 2 guérisons, 1 décès, dû à l'état de dépérissement de la malade.

La mortalité relativement énorme des différents procédés de myômotomie a dirigé mes recherches vers une méthode rapide, qui pourrait me donner plus de chances de guérisons. Voici le modus faciendi auquel je me suis arrêté, il ressemble beaucoup à celui de Péan :

Je débute toujours par le 1er temps de l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire par l'incision de la muqueuse des culs-de-sac vaginaux au thermo-cautère. Dans la plupart des cas, je parviens à ouvrir facilement le cul-de-sac de Douglas, tandis que dans le cul-de-sac antérieur je dois souvent me contenter du décollement

de la muqueuse sans ouverture du péritoine. 2 pinces longuettes sont placées sur la base des ligaments larges.

2e temps. Cœliotomie. Ouverture des parois abdominales; la tumeur est attirée au dehors, basculant au-dessus du pubis. Des pinces courbes et droites sont rapidement placées sur les annexes et les ligaments larges, le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert d'un coup de ciseau, et tout l'utérus est extrait en bloc lorsqu'on a incisé les ligaments le long des pinces.

3e temps. Les pinces placées sur les annexes par l'abdomen sont remplacées par des pinces vaginales; toilette de la cavité, sutures des parois, et enfin pansement abdominal et vaginal, celui-ci servant à drainer la cavité.

Comme vous le voyez ce procédé est rapide, s'exécute aisément même lorsque la tumeur est volumineuse, et le traitement consécutif est des plus simples. Afin de rendre encore l'exécution plus rapide j'ai fait construire des pinces longuettes particulières, elles sont, comme je vous l'ai dit, placées par l'abdomen sur les annexes et les ligaments larges; 2 ou 3 de chaque côté. La tumeur enlevée, je puis sans toucher aux mors de la pince remplacer les branches abdominales par des branches vaginales semblables au moyen d'une disposition très simple.

Les autres avantages du procédé sont : l'absence totale de sutures intra-abdominales et enfin les hémorragies très minimes pendant l'opération.

Hystérectomie vaginale. — J'ai pratiqué 11 fois cette méthode et j'ai obtenu 11 succès, les premiers datant d'assez longtemps pour me permettre de juger les résultats tardifs. Ils sont remarquables; toutes ces malades jouissent d'une santé florissante, quelques-unes seulement se plaignent d'un ténesme vésical persistant mais cependant supportable. J'attribue le fait à ce que le péritoine qui doit permettre à la vessie de se développer librement a été supprimée en partie dans le cul-de-sac antérieur et est venu se souder assez loin au péritoine du cul-de-sac de Douglas. Les résultats que me donne l'hystérectomie vaginale par forcipressure (1 seul décès sur plus de 100 cas) m'ont fait abandonner complètement le procédé des ligatures progressives et, suivant le volume de la tumeur, j'ai recours soit à l'hystérectomie simple, soit par morcellement, soit par évidement.

J'ai adopté les règles établies par Péan et je réserve la voie abdominale aux tumeurs qui atteignent l'ombilic.

Dans ces cas particuliers, de même que dans les suppurations pelviennes, le cancer utérin, le traumatisme qui suit l'opération est pour ainsi dire nul, les suites opératoires simples et rapides.

Castration. — D'après les résultats de la castration dans les

fibromes utérins que j'ai pu observer ailleurs que dans ma pratique, je ne considère cette opération comme justifiée que si l'hystérectomie offre des difficultés d'exécution au-dessus de nos moyens. L'évolution lente des myômes, les dégénérescences, leur développement après la ménopause sont autant de manifestations pathologiques que l'on peut craindre après la ménopause artificielle. Je n'ai pratiqué l'opération qu'une seule fois, chez une jeune fille de dix-huit ans atteinte de tumeur fibreuse utérine très volumineuse et rendant l'hystérectomie impraticable.

Le volume de la tumeur n'a guère diminué depuis l'opération, qui date de trois ans; la malade a toujours été réglée depuis, abondamment, mais très irrégulièrement, les douleurs n'ont pas sensiblement disparu.

Telles sont, Messieurs, les quelques remarques que je tenais à vous communiquer à propos du traitement chirurgical des fibromes utérins.

De l'emploi des crayons de chlorure de zinc dans le traitement des fibromes utérins,

Par le Dr R. Condamin, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Malgré les perfectionnements apportés dans ces dernières années à la cure opératoire des fibromes utérins, il n'en reste pas moins prouvé que leur ablation par voie vaginale ou abdominale est toujours une intervention grave. D'autre part, si l'on tient compte de la régression habituelle de ces tumeurs après la ménopause, on doit se demander si un traitement palliatif qui mettrait les malades à l'abri des complications hémorragiques ou hydrorréiques, quand le myôme utérin ne s'accompagne que de ces deux symptômes, ne devrait pas être reconnu suffisant dans la généralité des cas.

Nous laissons aux méthodes curatives opératoires toute leur suprématie; mais nous croyons d'autre part que chez une malade de 40 ans, atteinte de fibrome utérin, qui n'éprouve de ce fait que des pertes sanguines et aqueuses, on peut avoir recours à la méthode employée depuis trois ans par M. le Professeur Laroyenne, qui laisse persister le fibrome, mais qui arrête l'hémorragie, l'hydrorrée et même guérit définitivement une affection bénigne en elle-même et qui ne présente de gravité que par suite des deux causes de cachexie qui l'accompagnent, c'est-à-dire l'hémorragie et l'hydrorrée.

On a reproché aux crayons de chlorure de zinc d'entraîner des sténoses du col, voire même (Fochier) du segment inférieur. Mais quand il s'agit non plus de femmes jeunes mais de malades arrivant aux approches de la ménopause, une atrésie de ce genre aurait moins d'importance, puisque souvent, à un certain âge, on constate une sténose complète du canal cervical. Nous prétendons d'autre part qu'avec quelques précautions on peut facilement, dans les utérus myômateux, éviter la cautérisation du col par le crayon.

La cavité du corps utérin est sensiblement augmentée de volume et si l'on a la précaution de faire pénétrer profondément le caustique et de laisser la malade pendant 3 ou 4 heures couchée sur le ventre, le col ne participera pas à la cautérisation. Il n'est pas toujours facile de faire pénétrer le caustique. La cavité est souvent déformée par le ou les fibromes : aussi M. Laroyenne recommande-t-il de toujours faire au préalable la dilatation du col utérin avec les bougies de Hégar. Il est important d'autre part, avant de déposer le caustique, de faire cesser l'hémorragie, si elle existe, et de bien sécher l'intérieur de la cavité utérine avec de petits tampons de coton ou de porte-coton. Sans cette précaution, l'action du caustique est neutralisée partiellement, soit par le sang, soit par les autres produits de sécrétion, et c'est précisément dans ces conditions que le col qui livre passage à ces liquides chargés de chlorure de zinc, subira de ce fait une cautérisation d'abord, une sténose ensuite.

Généralement au bout de 12 jours l'escarre de la cautérisation tombe. A ce moment il est bon de placer un second crayon, plus petit que le premier, et appliqué exactement avec les mêmes précautions.

M. le Professeur Laroyenne emploie depuis trois ans cette méthode; elle lui a donné des succès dans presque tous les cas : jamais il n'a observé de sténoses du col, ou s'il y en a eu elles n'ont donné lieu à aucun phénomène pathologique. M. Laroyenne avait employé, avant d'avoir recours à la méthode des crayons au chlorure de zinc, le curetage utérin ; mais il y a renoncé complètement, soit à cause d'accidents septiques, soit surtout à cause des récidives qui se montraient presque toujours deux ou trois mois après l'intervention.

Il est bien évident que cette méthode n'est pas appliquée à tous les fibromes indistinctement. Ceux qui évoluent rapidement en entraînant des phénomènes compressifs multiples, ceux qu'on rencontre chez des femmes jeunes, ceux qui ont déterminé du côté de l'utérus un agrandissement considérable de la cavité utérine ne sont pas justiciables de cette méthode. Mais pour les

myômes peu volumineux, hydrorréiques, à tendance hémorragique, survenus chez des femmes aux approches de la ménopause, la méthode palliative des cautérisations aux crayons de chlorure de zinc est indiquée. Il sera toujours temps d'avoir recours aux opérations sanglantes, si l'on n'a pas obtenu de résultats par le premier moyen.

Nous n'insistons pas sur les douleurs, relativement modérées du reste, sur la fièvre possible, sur la chute de l'escarre, après l'application des crayons de chlorure de zinc. Tous ces points ont été bien observés par M. Dumontpallier. Nous nous contentons de relater quelques observations récentes, prises dans le service de M. le Professeur Laroyenne : nous ne pouvons dans la plupart de celles-ci donner des résultats tardifs, mais l'expérience et l'autorité de M. Laroyenne qui affirme, depuis trois ans qu'il emploie cette méthode, en avoir toujours retiré des avantages incontestables, est plus que suffisante pour remédier à cette lacune forcée de nos observations.

Observation I. — Femme C... Clotilde, quarante-huit ans, entrée le 24 novembre 1892, salle Sainte-Thérèse, n° 9.

Début il y a cinq ou six mois; règles abondantes, pertes parfois dans les intervalles des règles. Hydrorrée. Dilatation avec bougies de Hégar; crayon de chlorure de zinc (24 novembre).

Longueur de la cavité utérine, 8 centimètres.

Douleurs pendant un jour après le traitement. Pas de fièvre.

Escarre tombée le neuvième jour, sans douleur.

Sortie le 12 décembre 1892. Pas d'hémorragie. Ses règles survenues le 8 décembre n'ont duré que trois jours.

Obs. II. — Veuve C... Eugénie, quarante-quatre ans, entrée le 28 novembre 1892, salle Sainte-Marie (chambre).

Début il y a cinq mois, hémorragie tous les quinze jours. Hydrorrée.

Dilatation avec bougies de Hégar. Crayon chlorure de zinc (28 novembre).

Longueur cavité utérine, 11 centimètres.

Pas de douleurs, pas de fièvre.

Escarre tombée le sixième jour; un peu d'hémorragie.

Deuxième dilatation et crayon le 5 décembre. Chute d'escarre le septième jour.

Sortie le 13 décembre 1892. Plus de pertes.

Obs. III. — Femme V... Rose, quarante ans, entrée le 1er décembre 1892, salle Sainte-Thérèse, n° 8.

Début il y a cinq ans, surtout hydrorrée. Pas de pertes en dehors des règles qui sont seulement un peu abondantes.

Dilatation avec bougies de Hégar. Crayon chlorure de zinc (3 décembre).

Longueur cavité utérine, 10 centimètres.

Escarre tombée le 14 décembre. Pas de température.

Douleur pendant trois jours après l'application du crayon.
Sortie le 15 décembre. Améliorée; presque plus d'hydrorrée.

Obs. IV. — Femme R... Marianne, soixante-cinq ans, entrée le 3 décembre 1892, salle Sainte-Marie, n° 3.

Ménopause à quarante-deux ans. Depuis huit mois, hémorragies continues.

Dilatation avec bougies de Hégar, crayon chlorure de zinc (3 décembre).
Pas de température; pas de douleurs.
Longueur cavité utérine, 12 centimètres.
Deuxième crayon 23 décembre. Sortie le 2 janvier 1893.
Plus d'hémorragies.

Obs. V. — Femme S... Marie, quarante-huit ans, entrée le 5 décembre 1892, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Début il y a trois ans. Pertes au moment des règles de plus longue durée. Depuis quelques mois pertes presque continues. Hydrorrée.

Longueur cavité utérine, 12 centimètres.
Dilatation avec bougies de Hégar, crayon chlorure de zinc (7 décembre).
Douleurs vives (antipyrine) calmées.
Température : 39°,1 (8 décembre), 39°,2 (9 décembre), 38°,5 (10 décembre), puis normale le 15 décembre.
(La malade avait 38°,4 le jour de son entrée.)
Chute de l'escarre le douzième jour.
Deuxième crayon le 21 décembre. Douleurs (antipyrine) calmées.
Température 39°,5 (22 décembre). Puis redescend progressivement.
Sortie le 31 décembre; plus de pertes.
25 mars. État très satisfaisant.

Obs. VI. — Femme V... Joséphine, cinquante-quatre ans, venue à la consultation gratuite la première fois, le 8 novembre 1892.

Depuis cinq ans dysménorrée et pertes abondantes au moment des règles.

Dilatation et chlorure de zinc (2 décembre).
Deuxième crayon, 17 décembre.
Revue le 17 janvier; elle perd moins, mais encore un peu tous les quinze jours.
Revue le 16 mars; plus d'hémorragie; un peu d'hydrorrée.
Revue le 28 mars; règles il y a quinze jours peu abondantes, mais ayant cependant duré huit jours. (La malade dit qu'elle perd le quart moins qu'avant la cautérisation.)
Un peu d'hydrorrée.

Obs. VII. — Femme L... Louise, quarante-quatre ans, entrée le 3 janvier 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Début il y a cinq ou six ans. Pertes en dehors des règles et règles abondantes de longue durée. Un peu d'hydrorrée.

Dilatation; crayon chlorure de zinc (11 janvier 1893).
Longueur cavité utérine, 10 centimètres.
Pas de douleurs.
Température : 38°,9 (le 12), 39°,5 (le 13), puis défervescence.

Deuxième crayon (23 janvier), pas de température.

23 janvier. Légère hémorragie. Chute de l'escarre.

Sortie le 31 janvier. Pas de pertes actuelles.

Revue le 21 février. Elle a eu ses règles presque normalement.

Obs. VIII. — Femme V... Françoise, soixante-quatre ans, entrée le 20 *février 1893*; salle Sainte-Thérèse, n° 10.

Depuis quinze ans, pertes abondantes au moment des règles qui duraient huit ou dix jours.

Il y a dix ans, pertes moindres de temps à autre. Ablation d'un polype utérin, il y a deux ans. Depuis quelques semaines pertes abondantes.

Dilatation avec bougies de Hégar; crayon chlorure zinc (20 février 1893).

Longueur cavité utérine, 8 centimètres.

Quelques douleurs pendant deux jours; pas de fièvre.

Deuxième crayon (2 mars 1893). Sortie, 9 mars 1893.

Revue le 16 mars. Escarre tombée le 10 mars. Depuis plus d'hémorragie; hydrorrée légère.

Revue le 23 mars. Plus d'hémorragie. Hydrorrée légère.

Obs. IX. — R... Eugénie, trente-sept ans, entrée le 28 février 1893, salle Sainte-Marie, n° 12.

Début il y a un an, 5 pertes aqueuses abondantes; pas d'hémorragie en dehors des règles qui sont seulement un peu abondantes.

Dilatation et crayon chlorure de zinc (3 mars 1893).

Douleurs pendant deux jours; cessent par antipyrine.

Pas de température. Sortie le 9 mars. Plus de pertes à cette époque.

Pas revue depuis.

Obs. X. — T... Claudine, quarante-cinq ans, entrée le 7 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 6. Depuis six ans, pertes rouges abondantes au moment des règles qui duraient huit jours. Hydrorrée continuelle et depuis quelques mois légères hémorragies en dehors des époques des règles.

Longueur cavité utérine, 9 centimètres.

Dilatation et crayon chlorure zinc (8 mars 1893), encore quelques pertes et deuxième crayon (15 mars 1893). Douleurs (antipyrine).

Le sixième jour, chute de l'escarre (?).

Sortie le 23 mars. Encore quelques légères pertes rosées.

Pas revue.

Obs. XI. — Femme D... Antoinette, quarante-cinq ans; entrée le 9 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 8.

Depuis l'âge de trente ans, pertes rouges toutes les trois semaines.

Crayon et dilatation il y a deux ans. A la suite, règles redevenues normales. Depuis quatre mois, elle n'avait pas eu ses règles, lorsqu'elle revient de nouveau; mais elle avait une hémorragie depuis deux jours au moment de son entrée. Hydrorrée.

Dilatation et crayon (10 mars 1893). Douleurs pendant deux jours; pas de fièvre.

Longueur cavité utérine, 9 centimètres.

Sortie le 18 mars. Plus de pertes.

Obs. XII. — Femme L... Marie, quarante ans, entrée le 9 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 16.

Depuis l'âge de vingt-trois ans, règles abondantes, dysménorrée. Depuis ces dernières années, pertes rouges tous les quinze jours.

Traitement antérieur : il y a trois ans, injection ergotine pendant trois mois; l'année dernière, 3 séances d'Apostoli cessées à cause des douleurs.

Dilatation, bougies Hégar. Crayon chlorure zinc (9 mars 1893). Longueur cavité utérine, 9 centimètres.

Pas de température. Légères douleurs.

Deuxième crayon (15 mars).

Sortie le 18 mars. Plus d'hémorragie.

Obs. XIII. — C... Joséphine, quarante-quatre ans, entrée le 13 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 1.

Depuis dix ans, règles abondantes, durant six à huit jours.

Depuis cinq ans, pertes presque continuelles et hydrorrée.

Dilatation et crayon (le 13 mars), petit crayon de 2 centimètres de longueur, car on ne peut pénétrer dans la cavité utérine que d'une longueur de 5 centimètres.

Douleurs pendant trois jours (antipyrine). Pas de fièvre.

Deuxième crayon (21 mars). Douleurs plus fortes (durée un jour). Pas de fièvre.

Cette fois on a pu pénétrer à 7 centimètres.

Sortie le 23 mars. Pas de pertes.

Obs. XIV. — Femme P... Louise, trente-deux ans, entrée le 10 mars 1893, salle Sainte-Marie, n° 9.

Depuis le mois de novembre 1892, pertes rouges abondantes survenues huit jours après avoir eu ses règles; ces pertes disparaissent, puis reparaissent d'une façon intermittente jusqu'au 2 février où on lui fait un curetage dans le service.

Le 22 février, nouvelle hémorragie, durant jusqu'au 10 mars, date de son entrée.

Dilatation avec bougies de Hégar et crayon chlorure de zinc (11 mars 1893). Douleurs très fortes pendant deux jours (antipyrine).

Sortie le 25 mars. Elle n'a plus de pertes.

Obs. XV. — Femme C... Victorine, trente-trois ans, entrée le 14 mars 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Début de l'affection remonte au 29 janvier 1893; pertes rouges abondantes depuis et pertes blanches.

Pas de douleurs.

Deuxième crayon le 25 mars. Depuis la première intervention, la malade n'a plus eu d'hémorragie; elle a un peu d'hydrorrée.

Elle part le 27 mars 1893.

Hystérectomie abdominale,

Par le Dr QUEIREL (de Marseille).

Observation. — Mme X... r. des convalescents..., trente-quatre ans, a été opérée par moi, en février 1891, d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Celle-ci était grosse comme une tête de fœtus à terme, et siégeait dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe. C'est la première fois que je tentais l'énucléation et la suture de la poche; ce qui d'ailleurs donna un résultat excellent et un succès complet. Comme jusque-là je n'avais fait pour les fibromes utérins, non pédiculés, que l'hystérectomie abdominale, en traitant le pédicule par la ligature élastique, d'après le procédé de Terrillon et Richelot, traitement du pédicule intra-abdominal, ce ne fut qu'après avoir exploré attentivement toute la matrice, que je me décidai à l'énucléation, convaincu que ce fibrome était unique et heureux de pouvoir, vu l'âge de la malade, lui laisser ses organes génitaux intacts.

Il y a deux mois, mon confrère Villebrun qui avait assisté à la première opération m'envoya de nouveau la malade.

Nous constatons à ce moment que le ventre était redevenu gros et il ne fut pas difficile, par le palper, de limiter le fond de l'utérus, bosselé et dur. Il était presque au niveau de la cicatrice ombilicale, on sentait très bien les fibromes sous-péritonéaux; il y en avait un très gros et plusieurs petits. Par le toucher vaginal, dans le cul-de-sac gauche, on en sentait un autre et l'on pouvait se rendre compte que le segment inférieur de l'utérus était augmenté de volume, sans doute par la présence d'autres tumeurs du même genre. L'utérus était cependant très mobile, j'insiste sur ce point, et suivait exactement les mouvements qu'on imprimait à la tumeur principale, en comprimant l'abdomen.

La malade éprouvait de la fatigue surtout dans la marche, elle souffrait du côté gauche et était gênée dans tous ses mouvements. Ses règles étaient normales, quoique abondantes. Mais la tumeur ayant augmenté, ainsi que les souffrances, durant ces deux mois, le 16 mars, nous l'opérâmes de nouveau, décidé à faire l'hystérectomie abdominale totale par la méthode de Martin.

La paroi abdominale incisée, l'épiploon adhérent décollé, nous trouvâmes des adhérences nombreuses, fortes et comme pédiculées, entre l'utérus hypertrophié et le mésentère, le péritoine pariétal et l'intestin. Je parvins cependant à les détacher soit en les arrachant avec douceur, soit en les sectionnant entre deux ligatures de catgut. Mais quand je voulus faire basculer l'organe, il me fut impossible de le faire sortir du petit bassin où il était très adhérent, surtout à gauche. En ce point, il fait corps avec le rectum et la fusion est telle qu'il y aurait eu danger à vouloir séparer les deux organes, soit avec le bistouri, soit avec les doigts. De plus, quand on veut passer la main entre la matrice et la moitié antérieure du détroit supérieur, les doigts sont serrés et l'on se rend compte que l'adhérence du segment inférieur, avec les parois de l'excavation, est tout à fait intime. Je prends alors le parti de passer par transfixion

d'avant en arrière un gros fil double de catgut, le plus bas possible et le plus près possible du rectum, et je ramène deux chefs verticalement, que je lie sur le fond de l'utérus et deux autres chefs horizontalement, ou plutôt obliquement, qui sont liés sur le bord latéral de l'utérus, pour comprendre, entre deux ligatures, un segment aussi gros que possible de ce tissu utérin fibromateux. La section de cette portion, que j'estime à un peu moins des 2/3 de la masse utérine, ne donne que très peu de sang.

Ne pouvant donc tout enlever jusqu'au col, je ne néglige pas de faire la double castration, pour tâcher d'obtenir l'atrophie des fibromes qui restent, quoique je n'aie pas une très grande confiance dans la méthode. Ce complément d'opération est facile du côté droit, difficile au contraire du côté gauche où il faut détacher la trompe et l'ovaire, adhérents aux parties voisines. Puis je reviens à mon utérus sectionné, et après avoir cautérisé au thermo-cautère et bien fermé, par 5 points de suture, l'ouverture de la cavité utérine, je tâche d'affronter le bord antérieur de la section avec le rebord postérieur, ce qui réussit très bien, et je continue cet affrontement en repliant d'avant en arrière les deux moitiés du segment vertical; de sorte que j'ai en définitive une suture transversale de tout le fond de l'utérus restant, commençant à droite au point de la section de la trompe et à gauche adhérant au rectum. La paroi abdominale est fermée par une suture à trois étages, après nous être assuré de l'hémostase. L'opération avait duré trois quarts d'heure. Perte de sang peu abondante. Les suites immédiates furent bonnes. Après un shock qui avait déprimé la malade pendant quelques heures, elle reprit et la température oscilla au-dessous de 38°, le pouls n'a jamais dépassé 100. Aujoud'hui la malade est en parfait état; mais il y a lieu de se demander ce que deviendront les fibromes que nous n'avons pas pu enlever.

Ce cas n'est pas encourageant pour nous faire adopter, comme méthode générale, l'énucléation des fibromes. Il est vrai que c'est une opération qui n'a pas la gravité de l'hystérectomie abdominale; mais aussi est-elle moins radicale et l'on peut se demander, si on ne laisse pas toujours quelque corps fibreux, passé inaperçu, qui germera plus tard et se développera, au point de nécessiter une seconde opération. Dans ce dernier cas, on ne pourra plus faire l'énucléation, et les dangers de l'hystérectomie abdominale seront encore plus considérables, dans les conditions que créent les adhérences, résultat de la première intervention. C'est précisément ce qui m'est arrivé.

J'ai fait cinq hystérectomies depuis que MM. Terrillon et Richelot ont conseillé la ligature élastique du pédicule, perdue dans l'abdomen, en me conformant à cette méthode. Dans trois cas, il s'agissait de tumeurs de moyenne grosseur, comme la tête d'un nouveau-né, c'était des fibro-myômes interstitiels; l'opération fut facile et rapide. La ligature élastique sortit par le vagin 18, 20 et

60 jours après. Un quatrième cas offrait un myôme énorme, pesant 6 kilogrammes; la femme, quarante-cinq ans, avait eu de nombreuses hémorragies, datant de dix ans, elle était très affaiblie; les adhérences de la tumeur étaient nombreuses, nous en vînmes à bout cependant. Durant l'opération, il fallut faire la respiration artificielle contre une syncope; elle guérit néanmoins. Ces quatre femmes sont très bien aujourd'hui. Enfin le 5e cas était un utérus fibro-sarcomateux, chez une femme de cinquante-quatre ans, épuisée par des pertes abondantes; l'opération présenta des difficultés pour arriver à mettre la ligature sur le col, la malade vécut deux jours et mourut d'une embolie, sans doute cachectique.

L'observation que j'ai rapportée plus haut, peut être comptée comme un double succès opératoire, seulement je ne sais ce que réserve l'avenir pour la guérison définitive, et j'estime que si la première fois, j'avais enlevé l'utérus jusqu'au col, la malade, ayant survécu à l'intervention, aurait été radicalement guérie.

Aurait-on pu faire ici l'hystérectomie vaginale, avec morcellement? Je suis loin d'être l'ennemi de cette méthode opératoire; mais outre qu'elle ne me paraît pas facile dans les gros fibromes, je me demande ce qu'on aurait fait en face des adhérences si nombreuses et si fortes que nous avons trouvées surtout du côté du rectum, adhérences que la mobilité de l'utérus semblait exclure. Je crois que, dans un cas comme dans l'autre, on n'aurait fait qu'une opération incomplète, la cause en étant à la première intervention; c'est ce que je voulais démontrer.

Hystérectomies abdominales,

Par le Dr H. Delagénière, ancien Interne des hôpitaux de Paris (Le Mans).

Jusqu'à présent, nous avions considéré l'hystérectomie abdominale pour les gros fibromes comme la ressource extrême et nous n'y avions recours que pour des cas très restreints, alors que l'opération d'Hégar, l'énucléation par morcellement, ne pouvait être logiquement tentée. Malheureusement ces opérations ont des indications distinctes et restreintes, et c'est peut-être pour y avoir eu trop souvent recours que nous avons eu des revers.

L'opération d'Hégar, pratiquée 15 fois par nous, ne nous a donné qu'une mort opératoire chez une albuminurique épuisée. Mais sur nos 14 malades survivantes nous avons eu un insuccès thérapeutique; il s'agissait d'une femme épuisée par des hémorragies et porteuse d'un fibrome volumineux remontant jusqu'à l'ombilic.

Les hémorragies cessèrent pendant quelques mois puis reprirent plus tard avec une intensité plus grande. Je proposai l'hystérectomie abdominale qui fut refusée par la malade qui succomba quelque temps après. Une autre malade porteuse d'un fibrome volumineux subit l'opération d'Hégar avec ligature atrophique d'un côté. Les hémorragies cessèrent, mais le fibrome se sphacéla et fut enlevé par morcellement. Cette malade, épuisée par ses hémorragies antérieures et infectée par son fibrome sphacélé succomba, de sorte que, comme résultat définitif, l'opération d'Hégar ne nous a donné que 80 0/0 de succès.

L'énucléation par morcellement des gros fibromes utérins a été pratiquée 7 fois. Nous avons eu deux morts opératoires par accidents septiques chez deux malades dont le fibrome était sphacélé avant l'opération. Parmi les 5 survivantes, 2 présentèrent des accidents septiques par infection de la cavité du fibrome.

Dans ces conditions, nous avons cru devoir modifier notre manière de voir, et nous avons adopté les conclusions générales suivantes :

1° L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix pour toutes les tumeurs fibreuses qui atteignent l'ombilic;

2° La castration ou opération d'Hégar est l'opération de choix pour les petites tumeurs, chez les femmes jeunes, quand le symptôme dominant est l'hémorragie;

3° L'énucléation par morcellement est indiquée dans les petites tumeurs sous-muqueuses ; elle devra se compléter de l'hystérectomie vaginale, si la cavité est anfractueuse et difficile à drainer;

4° Tous les cas qui ne rentrent pas dans ces catégories très nettes seront susceptibles de l'hystérectomie abdominale.

De telle sorte que l'opération de choix redevient l'hystérectomie abdominale.

Nous avons d'abord adopté la fixation extérieure du pédicule, qui nous a donné 3 succès sur 4 opérations, nous avons tenté la réduction du pédicule une fois, ce qui nous a donné un succès, mais nous nous sommes heurtés à des cas de tumeurs enclavées dans le bassin, pour lesquelles il était impossible de faire aucun pédicule. Nous avons donc eu recours pour opérer ces malades à l'hystérectomie abdominale totale, telle que la préconisent Martin de Berlin, Doyen de Reims, etc. Nous n'avons encore eu que 3 fois l'occasion de pratiquer cette opération pour des fibromes inopérables par tout autre procédé, et nous avons eu deux guérisons sur trois. La malade, qui a succombé, présentait avant l'opération des symptômes d'occlusion intestinale par compression du rectum. Pour désenclaver la tumeur, je fus obligé d'exercer des tractions énormes au moyen de moufles.

Ces trois opérations ont été faites sur le plan incliné. Avant l'intervention, le vagin avait été soigneusement désinfecté puis tamponné avec de la gaze iodoformée. L'extirpation de la tumeur fut faite progressivement après avoir pratiqué une incision circulaire sur la partie la plus saillante, et lié les vaisseaux utéro-ovariens au-dessous des annexes. Le vagin fut ouvert en arrière sur les tampons de gaze puis incisé circulairement. L'hémostase des artères vaginales, et la fermeture de la séreuse du fond du bassin, furent rendues très faciles par l'usage du plan incliné. Enfin je me suis servi pour attirer, soutenir, mouvoir la tumeur d'une sorte de *tire-bouchon à hélice* terminé par un anneau. Cet anneau était saisi soit par les doigts de l'aide, soit au moyen d'un crochet que l'on pouvait, en cas de besoin, adapter à une paire de moufles.

Hystérectomies abdominales totales,

Par le Dr Goullioud (de Lyon).

A défaut de longues statistiques, j'ai l'honneur de vous présenter trois observations de tumeurs fibreuses ou fibrocystiques, volumineuses, plus ou moins intraligamentaires, opérées en dehors des procédés ordinaires.

I. — Qu'il me soit permis tout d'abord de rappeler en quelques mots une observation déjà connue, d'hystérectomie abdominale, suivie de l'extirpation vaginale du pédicule. C'était la première intervention de ce genre, publiée en France, et s'adressant à un fibrome, non compliqué de cancer du col, comme dans le cas de M. Bouilly.

Ma tentative avait été faite sous l'influence d'une double idée : l'extirpation vaginale du col devait, selon moi, supprimer les inconvénients du traitement extra-péritonéal et intra-péritonéal du pédicule; et d'autre part elle faisait en quelque sorte bénéficier l'hystérectomie abdominale de la bénignité de l'hystérectomie vaginale, en lui empruntant, pour ce second temps, le mode d'hémostase de Péan-Richelot, le large drainage au point déclive en cas de vastes surfaces cruentées, le bénéfice enfin de faire une partie de l'opération hors du contact des anses intestinales.

Les inconvénients de la conservation du col ressortent des inconvénients bien connus des procédés de traitements extra et intra-péritonéal. La cause initiale de ces inconvénients est la *conservation d'un moignon qui doit se sphacéler*, qu'il faut par suite ou fixer, quelquefois avec peine, à la paroi abdominale ou cacher sous des lambeaux péritonéaux (Chrobak, Richelot....).

En face des inconvénients de la conservation du col, je ne vois que des avantages à son extirpation.

On supprime la cavité cervicale, si difficile à stériliser, et réceptacle fréquent de germes pathogènes, comme l'ont établi notamment les expériences de Boileux. Quand la cavité cervicale n'existe plus, le vagin n'est plus un milieu septique. Dépourvu de glandes, il peut être désinfecté d'une façon absolue, tandis que la cavité cervicale ne saurait l'être, surtout quand ses glandes ont été profondément envahies. L'ablation du pédicule laisse d'ailleurs la cavité péritonéale largement drainée.

L'hémostase est plus parfaite après l'extirpation du col; car on fait alors une hémostase directe sur les quatre artères qui vascularisent l'utérus. C'est l'hémostase par ligature ou par pincement, c'est-à-dire l'hémostase idéale, qui ne laisse aucun tissu sphacélé. On crée sans doute de grandes surfaces cruentées, comme dans l'hystérectomie vaginale; mais le tamponnement de Mikulicz, quelques ligatures, ou mieux les sutures péritonéo-muqueuses de A. Martin, permettent d'en assurer aussi l'hémostase.

La suture de l'abdomen pourra dès lors être achevée : plus de chance de hernie ventrale tardive, dont la fréquence, sous forme de pointes de hernie, est certaine après le traitement extra-péritonéal du pédicule, ni danger de persistance de fistule vagino-abdominale.

Ainsi, au point de vue de l'antisepsie, de l'hémostase, de la fermeture de l'abdomen, l'hystérectomie totale est supérieure aux méthodes antérieurement employées.

J'ai d'abord proposé cette extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale à la Société de médecine de Lyon (18 mai 1891), il y a deux ans. Peu après, 17 août 1891, j'avais l'occasion de réaliser le procédé que j'avais indiqué. Le plan suivi fut le suivant :

1[er] temps : laparotomie, extirpation du corps de l'utérus fibromateux et d'un volumineux hydrosalpinx concomitant; section de l'isthme, après ligature de la partie supérieure du ligament large de chaque côté;

2[e] temps : extirpation du pédicule utérin d'après le procédé de l'hystérectomie vaginale; abaissement du col, section de la muqueuse vaginale, achèvement du décollement de la vessie, pinces longuettes à demeure sur l'extrémité inférieure des ligaments larges, comprenant les artères utérines ;

3[e] temps : suture abdominale.

Pour diminuer la longueur des manœuvres dans la cavité abdominale, j'avais proposé tout d'abord de ne faire l'extirpation du col qu'après avoir fermé la cavité abdominale avec un surjet sur

les lèvres de la séreuse, de façon à pouvoir la rouvrir d'un coup de ciseau, s'il était nécessaire du fait de quelque complication imprévue.

La malade, ainsi opérée, a très simplement guéri.

Depuis lors (7 juin 1892), M. Péan est venu donner à cette méthode la consécration de sa grande autorité. Vous savez enfin que nous ne pouvons omettre de citer les noms de Bardenheuer et de A. Martin.

II. — A. Martin cependant a abandonné sa première manière de faire, pour l'hystérectomie totale, faite entièrement par l'abdomen. Inutile de rappeler ici les noms bien connus[1] des chirurgiens qui ont publié des cas d'hystérectomies abdominales totales faites par l'abdomen, avec ou sans section de l'isthme.

Ma seconde observation rentre dans cette dernière catégorie. Il s'agissait d'une femme de quarante-six ans, atteinte d'un fibrome cystique volumineux, du poids de 6 kilos, dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigt, que nous avions vu se développer considérablement dans l'espace de quelques mois. Ce fibrome était presque entièrement développé dans le tissu cellulaire pelvien, et les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur se trouvaient très relevés et portés hors du bassin. J'ai été tout naturellement amené en isolant cet utérus fibromateux du tissu cellulaire pelvien, à suivre les faces antérieure et postérieure, jusqu'à la muqueuse vaginale, qui a été alors incisée par l'abdomen au pourtour du col. Large tamponnement des surfaces cruentées à la gaze iodoformée. Je ferai remarquer que dans ce cas, les sutures péritonéo-vaginales et les sutures péritonéales d'occlusion du fond du bassin de A. Martin étaient matériellement impossibles du fait du refoulement supérieur des culs-de-sac péritonéaux.

Les suites immédiates ont été parfaitement simples, à part la lenteur du retour de la miction spontanée, attribuée au décollement très étendu de la vessie, inévitable d'ailleurs dans ce cas, quelqu'eût été le procédé employé. Cette intervention avait été très laborieuse; la femme paraissait âgée; elle avait perdu beaucoup de sang. Volontiers j'attribuerais au fait que l'hystérectomie avait été totale et qu'un drainage parfait de ces vastes surfaces cruentées était largement assuré, une certaine part dans la guérison.

A quelques semaines de là, notre malade revenait avec une fistule urétérale droite. Le seul temps vraiment difficile de cette hysrectomie avait été la constitution d'un pédicule d'hémostase sur

1. On en trouvera la bibliographie dans la thèse de Duval, Lille, 1892, et dans un article de Gross (Semaine *médicale*, 25 février 1893).

les artères utérines, au fond du bassin. Il est probable que l'uretère avait été compris dans la ligature, d'où l'apparition tardive de la fistule urétérale. J'ai l'impression qu'en sectionnant l'isthme utérin et qu'en faisant par le vagin l'extirpation du pédicule ou tout au moins la libération du col, j'aurais plus aisément fait l'hémostase des artères utérines au moyen des pinces à demeure et probablement évité la blessure de l'uretère.

En admettant que l'hystérectomie totale soit appelée à se substituer souvent à l'amputation supra-cervicale, il y aurait donc lieu, je crois, de réserver une large place à la méthode de l'hystérectomie avec ablation vaginale du pédicule, ou tout au moins à la libération vaginale du col.

Si je ne puis encore appuyer mon opinion sur de nombreux faits, cela tient surtout à ce que je considère que l'hystérectomie pour fibromes volumineux, non justiciables de la voie vaginale, est encore actuellement une opération grave, et que la castration, quand elle est possible, est indiquée de préférence à l'hystérectomie, étant plus bénigne que celle-ci et cependant d'une efficacité suffisante dans la très grande majorité des cas. C'est ce qui ressort pour moi de ce que j'ai observé et plus encore de l'expérience de mon vénéré maître, le professeur Laroyenne.

III. — L'intérêt de ma troisième observation réside en quelques détails imprévus, montrant bien cette gravité de l'hystérectomie.

Il s'agissait d'un énorme cysto-fibrome du poids de 8 k. 500 grammes, que j'avais vu se développer en quelques mois chez une fille de quarante-trois ans, à mon service depuis peu de temps. M. Laroyenne et M. Fochier avaient jugé une intervention formellement indiquée, la vie de la malade étant menacée à brève échéance. M. Fochier voulut bien assister à l'opération qui s'annonçait grave et difficile. Le fibrome reconnu intraligamentaire, une incision circonférentielle superficielle faite au-dessus de la marge du bassin, permet de trouver un plan de clivage favorable ; en quelques minutes un énorme fibrome est énucléé, et à notre grande surprise, sans la moindre hémorragie, sans qu'il soit nécessaire de faire une ligature ou de poser une pince hémostatique à demeure. C'était une surprise heureuse. Malheureusement ce cas nous en réservait une autre néfaste.

L'énucléation de ce fibrome avait laissé une vaste cavité occupant tout le bassin et dont l'utérus aplati ne formait qu'une faible partie de la paroi. Le fond de cette cavité fut marsupialisé et modérément tamponné à la gaze iodoformée.

Malheureusement, le fibrome en se développant sous le péritoine pelvien et abdominal, avait dédoublé et supprimé le mésentère de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle sur une longueur de

10 centimètres environ. Ces dix centimètres d'intestin grêle se trouvèrent par suite tendus sur la paroi de la poche marsupialisée, quoique celle-ci le fût sans tension exagérée, et l'intestin se couda au point de jonction de cette partie immobilisée de l'intestin grêle et de sa partie encore mobile et pourvue d'un mésentère. Il en résulta une occlusion intestinale à symptômes insidieux se montrant le 7e jour et emportant la malade le 11e jour. La création d'un anus iliaque, malheureusement trop tardivement, avait permis avant la mort de reconnaître d'une façon indubitable, qu'il n'y avait pas trace de péritonite et qu'il s'agissait manifestement d'une occlusion intestinale.

Ce fait vient, après bien d'autres faits analogues, nous montrer tout l'imprévu de la chirurgie abdominale. Il nous a paru digne de vous être brièvement signalé.

Observation I, résumée (publiée *in extenso* dans le *Lyon médical* et les *Archives de tocologie*, 1891).

Femme D. M., âgée de quarante et un ans, reçue le 11 août 1891 dans le service de M. Laroyenne que je supplée, pour un fibrome hémorragique qui remonte presque à l'ombilic. Cette tumeur est portée en avant par une collection du cul-de-sac de Douglas qui donne l'idée d'une hématocèle en voie de résorption ou d'une dilatation tubaire.

La coexistence de ces deux affections, l'abondance des hémorragies et l'intensité des douleurs, me décident à faire une hystérectomie abdominale.

Opération le 17 août 1891. *Laparotomie*. Utérus gros, fibromateux et globuleux, absolument fixé.

On décolle péniblement derrière le fibrome la trompe droite dilatée comme une orange et fixée dans le Douglas.

L'utérus devenu un peu mobile, pincement progressif et section du bord supérieur des ligaments larges. Il reste plongeant dans le tissu cellulaire pelvien par sa moitié inférieure intra-ligamenteuse.

Quand on l'a isolé de ses ligaments et de la vessie jusqu'au niveau de l'isthme, on sectionne celui-ci au-dessus de pinces longuettes, placées provisoirement sur les côtés du col utérin, pour tenir lieu de la ligature élastique qui a glissé sur un moignon trop court.

Deuxième temps, extirpation vaginale du pédicule. Après nouvelle désinfection vaginale, traction sur le col avec une pince qui ferme son orifice; section de la muqueuse vaginale à son pourtour. La vessie se sépare aisément; vite on a rejoint le décollement antérieur. Les angles uretéraux de la vessie sont refoulés avec soin; on ne craint donc pas de pincer les uretères. Le rectum est facilement refoulé aussi. Avec le doigt en crochet par le vagin, on charge ce qui reste du ligament large droit au-dessous de l'isthme. Pince longuette solide sur ce pédicule et section au ras de l'utérus. Même manœuvre à gauche.

Ce temps opératoire n'a pas pris plus de dix minutes; ne s'est accom-

pagné d'aucune perte de sang. La seule difficulté rencontrée provenait de l'étroitesse de la vulve nullipare.

Troisième temps, suture abdominale. Après désinfection des mains, on retourne à l'abdomen. On parfait l'hémostase. Avec une pince longuette, on prend trois mèches de gaze iodoformée, on les fait pénétrer de l'abdomen dans le vagin, et on étale leurs extrémités abdominales sur les surfaces cruentés. Ce Mikulicz forme une sorte de champignon renversé dont le pédicule plonge dans le vagin.

Surjet péritonéal, surjet aponévrotique, suture de la peau.

L'opération a duré près de deux heures, allongée par le décollement des adhérences étendues de l'hydrosalpinx, l'incertitude des rapports du fibrome en partie développé dans le ligament large gauche et sous la vessie, l'hémostase des surfaces cruentées, très développées en raison de ces conditions diverses.

Pinces longuettes vaginales enlevées au bout de quarante-huit heures.

Suites simples, à part deux petites complications indépendantes du mode de traitement du pédicule, un abcès insignifiant au niveau d'un fil; une paralysie d'un bras, attribuable à de l'hystéro-traumatisme et occasionnée par une ancienne section du nerf cubital.

Obs. II. — La femme Ch., âgée de quarante-huit ans, mère de cinq enfants, est reçue le 3 septembre 1891 dans le service de M. le professeur Laroyenne que je supplée, pour une volumineuse tumeur abdominale. Celle-ci s'est développée depuis dix-huit mois au dire de la malade. L'augmentation progressive du volume du ventre est le seul symptôme qui ait effrayé la malade; mais elle se plaint en outre d'être gênée par son poids, d'avoir, quand elle marche ou au moment des règles, de la difficulté pour uriner, et aussi des mictions très rapprochées. Tout travail (elle est cultivatrice) lui est devenu impossible, et depuis peu les troubles de la digestion apparaissent.

A un examen superficiel, on pense à un kyste de l'ovaire, d'un volume moyen, dépassant de beaucoup l'ombilic. J'avais gardé le souvenir d'avoir déjà, à un premier séjour de la malade, rejeté ce diagnostic pour admettre une tumeur utérine. La malade avait refusé l'opération. Elle revient avec une tumeur très augmentée et devenue plus molle, fluctuante même, ou plutôt rénitente comme les kystes de consistance très épaisse. Matité des kystes ovariens.

Au toucher, je constate que les mouvements entraînent un peu l'utérus. Celui-ci semble en rétroversion, mais on en sent mal les limites, et on soupçonne qu'il fait corps avec la tumeur. L'hystéromètre ne pénètre qu'à 6 centimètres. Introduit dans la vessie, il pénètre au contraire à une profondeur exceptionnelle; c'est à peine s'il est assez long pour atteindre le fond de la vessie, dans la direction de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, en longeant ce côté de la tumeur.

J'opère la malade le 5 septembre 1892. Incision dépassant d'emblée l'ombilic de trois travers de doigt. On reconnait bientôt que la réflexion du péritoine est plus près de l'ombilic que du pubis, que par suite le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin est très remonté. Bientôt aussi la main introduite dans la cavité péritonéale constate que le péritoine

ne recouvre que la moitié supérieure à peine de la tumeur; qu'il s'agit en un mot d'une tumeur intra-ligamenteuse.

Je m'efforce dès lors de passer sous le revêtement péritonéal de la tumeur pour la décortiquer, pendant qu'un aide s'efforce, d'abord en vain, de la faire sortir par la plaie.

Section ou plutôt arrachement sur les côtés de nombreuses brides filamenteuses, en s'efforçant de rester contre la tumeur, spécialement en avant où bientôt la vessie devient reconnaissable.

A droite on décolle un hématosalpinx, et on sectionne entre deux pinces le ligament infundibulo-pelvien que l'on reconnaît, puis on le lie; même manœuvre à gauche.

N'ayant pas d'aide à qui confier la section du vagin autour du col et ne voulant pas le faire moi-même, pressé d'aller vite par un suintement sanguin en nappe, je me décide à achever par l'abdomen l'hystérectomie totale.

J'achève le décollement de la vessie jusqu'au vagin, et sur le doigt d'un aide, au ras du col utérin, je sectionne aux ciseaux le cul-de-sac vaginal antérieur. Je m'efforce en passant le doigt entre la muqueuse vaginale et l'artère utérine droite, de constituer un pédicule sur ce qui reste du ligament large. Je puis alors achever la section de la muqueuse vaginale au pourtour du col et faire l'hémostase de l'artère utérine gauche (pince, section au ras de l'utérus, puis ligature en dehors des pinces). Quelques ligatures sur des vaisseaux des surfaces cruentées achèvent l'hémostase.

Ces surfaces sont mollement tamponnées grâce à une mèche de gaze iodoformée qui est portée par l'abdomen à cheval sur la brèche vaginale, et par une autre qui sort du bas de la plaie suivant le mode de Mikulicz.

Le soir, la malade se réchauffe bien et n'a pas de symptômes de choc exceptionnels. Peu d'urine dans la vessie.

Le 6 septembre, facies bon; ni douleurs, ni vomissements, ni malaises spéciaux; pouls à 140; température *rectale* à 38°,4. Suintement modéré par les Mikulicz; celui du ventre donne plus que l'autre; il est plus en contact avec toute la plaie.

Le 7, premières selles provoquées par un cachet de calomel et jalap 0,25 cent. et par un lavement.

Suites simples, sans symptômes péritonéaux. On remarque seulement que l'on doit sonder la malade plus longtemps que de coutume, jusqu'au 20 septembre; bien qu'elle ait uriné seule plusieurs fois avant cette date, on a dû la sonder parce qu'elle semblait ne pas vider complètement sa vessie. Elle a certainement de la polyurie, et une albuminurie légère.

La malade part, allant bien, le 29 septembre.

Examen de la pièce. Il s'agit d'un fibrome kystique, à grandes loges infiltrées d'un liquide muqueux verdâtre. Poids de 6 kilos, moins 60 grammes. Ce fibrome est implanté sur la face antérieure de l'utérus qui était écrasé et refoulé en rétroversion dans le cul-de-sac de Douglas. On n'aurait pu faire un pédicule que très difficilement. Le fibrome était en grande partie intra-ligamentaire. L'utérus était immobilisé en rétroversion par des adhérences et la trompe droite kystique renfermait du

sang. Les ovaires étaient bien reconnaissables sur les côtés de l'utérus; mais il est bien évident qu'il eût été absolument impossible d'en faire l'exérèse sans ablation de la tumeur.

Au milieu de décembre 1892, la malade vient faire un court séjour dans le service de M. Laroyenne. Elle perd une partie de ses urines, manifestement par une fistule de l'uretère droit. Celle-ci est très étroite et difficile à trouver dans un pli cicatriciel.

M. Laroyenne cherche, par une cautérisation avec la pâte de Canquoin, à créer au pourtonr de la fistule une zone rétractile cicatricielle. La malade quitte le service au bout de quelques jours.

Des nouvelles récentes confirment la persistance de sa fistule. État général parfait.

Obs. III. — M. G., domestique, âgé de quarante ans, célibataire, présentant une tumeur manifeste de l'abdomen, se soumet pour la première fois à mon examen le 13 décembre 1891. Il y a à peu près un an qu'elle a remarqué le développement exagéré de son ventre. Ses règles avaient été régulières, non exagérées, jusqu'au mois d'août 1891; puis elles devinrent irrégulières, disparaissant trois mois, pour revenir à des intervalles de un mois et demi. Les dernières ont été plutôt moins fortes que les précédentes, c'est-à-dire plutôt moins abondantes que normalement. On n'ose cependant guère compter sur une ménopause précoce, et la tumeur abdominale marche toujours.

Il s'agit manifestement d'un volumineux fibrome bilobé dont la masse principale atteint l'ombilic, une seconde comme surajoutée le dépassant à droite. Circonférence abdominale, 93 centimètres. Par le toucher vaginal que la persistance de l'hymen rend difficile, on atteint avec peine un petit moignon cervical très haut, sur le côté gauche de la surface inférieure arrondie de la tumeur qui plonge à peine dans le bassin.

Un peu de constipation; pas de gêne pour uriner; œdème léger de la jambe gauche.

Le 7 juin, la tumeur a augmenté sensiblement, ce qu'indiquent son niveau, la mensuration et le niveau de la tumeur, qui atteint les fausses côtes droites.

Cependant l'état général reste bon. Les règles viennent de manquer trois mois. L'œdème des jambes est devenu des plus accentués, bien que ne gênant pas la marche.

M. Laroyenne conseille l'intervention, qu'il reconnaît très grave; mais la malade la refuse.

Le 28 septembre, malgré 10 séances d'électrisation (Apostoli, intracervical, positif, de 100 mm.) faites pendant les mois d'août et septembre, la tumeur a encore augmenté, et les troubles de la miction apparaissent : mictions un peu plus fréquentes le jour et particulièrement le matin.

La circonférence abdominale atteint un mètre. La tumeur est devenue fluctuante dans sa partie la plus saillante; actuellement elle atteint l'épigastre.

M. Fochier consulté conseille l'opération, la vie de la malade lui paraissant menacée à brève échéauce si l'on n'intervient pas.

J'opère la malade le 3 octobre dans le service de M. Laroyenne que je supplée. M. Fochier veut bien assister à cette opération qui s'annonce grave et difficile.

Incision sterno-pubienne d'emblée.

Le fibrome hors du ventre, on constate que l'S iliaque est adhérente par dédoublement et suppression de son méso ; c'est dire que l'on reconnaît que le fibrome est intra-ligamentaire.

J'ai heureusement l'idée, au lieu d'isoler l'intestin, de tenter l'énucléation. Je fais immédiatement au bistouri sur la face postérieure de la tumeur, un peu au-dessous de sa partie moyenne, une incision transversale très superficielle. Je décolle vite et aisément la partie inférieure de la face postérieure, puis les faces latérales, après avoir achevé d'inciser les couches les plus superficielles sur les côtés. Cette énorme tumeur s'énucléе comme par enchantement. Quand elle est renversée en avant, j'achève de sectionner la couche de revêtement de la face antérieure, loin de la vessie.

Pas un jet artériel ; pas une hémorragie veineuse importante. On met sur la coque d'énucléation deux ou trois pinces hémostatiques que l'on supprime aussitôt à cause de la difficulté de lier et devant l'insignifiance de l'hémorragie. Ainsi ni ligature, ni pinces à demeure. L'utérus est aplati sur le côté.

Marsupialisation du fond de la poche que l'on tamponne faiblement à la gaze iodoformée. On veille à ce que l'S iliaque ne soit ni coudée, ni trop tirée par la fixation de la poche au bas de la ligne de suture.

Triple surjet au catgut.

La tumeur, fibrome kystique, est formée d'une tumeur charnue de 5 kilos, 500 ; et creusée d'une cavité renfermant plus de 3 litres de liquide. Son poids total était donc de plus de 8 kilos.

Le soir, la malade est longue à se réchauffer. Suintement sanguin, par la mèche iodoformée, nullement inquiétant. Pouls, 88. T. rectale, 37°.

Le 4 octobre, aucun symptôme fâcheux ; facies bon ; pouls à 120 ; température rectale à 38°,6 et 39. La malade est seulement un peu abattue. Elle se plaint à la sœur de service d'une petite douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 5 octobre, un cachet de calomel ; puis un lavement qui amène quelques matières. Pouls un peu moins rapide ; température rectale à 38°,2 et 38°,3. Bonne impression. Cependant la purgation n'a pas agi ; très léger ballonnement ; toujours de l'abattement ; la malade ne veut rien prendre.

Le 6, pas de sommeil la nuit. Coliques, envies d'aller à la selle sans le pouvoir ; beaucoup de borborygmes ; deux vomissements après avoir pris une verrée purgative.

Devant l'absence de selles, nous enlevons le tamponnement de la poche marsupialisée.

Le 7, un lavement ramène quelques matières. Cependant la malade ne se relève pas. T. r., 38°,4 et 38°,8.

Le 9, la malade mange un peu. T. r., 37°,8 et 38°,4. Je crois être sûr du succès.

Le soir, la malade, qui jusque-là avait à peine souffert de quelques coliques, se plaint beaucoup du ventre et spécialement d'un point limité, dans la fosse iliaque droite.

Le 10, une verrée purgative; puis le soir un cachet de 0,25 de calomel. On attribue la persistance des douleurs abdominales à l'insuffisance des selles. Premier vomissement alimentaire. Cependant ce n'est ni le facies, ni le pouls, ni le ventre d'une péritonite. L'expansion abdominale à l'inspiration a toute son ampleur. M. Laroyenne, qui voit la malade, affirme qu'elle n'a pas de péritonite. T. r., 37°,4 et 38°,2.

Le 11, nous commençons vraiment à craindre de l'obstruction intestinale. Les anses intestinales se dessinent. La malade se plaint toujours de coliques violentes. Je constate un point particulièrement sensible en dedans de la fosse iliaque droite, qui dès le début a été le siège d'une douleur modérée mais fixe. Je veux ouvrir le ventre, croyant à de l'obstruction par adhérences. La malade s'y refuse, suppliant d'attendre le lendemain, ce qu'on croit pouvoir faire. La malade n'a en somme que des coliques intestinales en l'absence de selles. Mais aucun symptôme péritonéal.

Le soir le pouls commence à faiblir. Cependant des lavements purgatifs ont amené quelques matières.

Le 12, nous trouvons la malade un peu mieux, ou plutôt moins mal. Coliques moins vives, ballonnement moindre; pouls meilleur, à peine 120; t. r., 37°,6; extrémités réchauffées.

Un verre d'eau de Rubinat ramène les coliques, sans déterminer de selles ni de vents. Aussi le ballonnement reprend toute sa tension. Toujours le même point douloureux à la pression.

Le 13, la malade a vraiment baissé. Il n'y a plus rien à espérer du traitement médical.

On dirait une hernie étranglée; pas de température, 37°,4; pouls rapide, encore fort, bien comptable.

Il semble que la malade est encore assez forte pour supporter une *entérotomie*. Le point douloureux fixe indique probablement le siège de l'obstruction.

Incision dans la fosse iliaque droite. Le péritoine ouvert, je reconnais qu'il n'y a absolument pas trace de péritonite. Un peu de sérosité?

Je trouve le cæcum peu distendu, puis l'extrémité inférieure de l'intestin grêle affaissée, comme tendue sur un plan fibreux formé par la poche marsupialisée, sans mésentère et même comme recouvert simplement par le péritoine au lieu d'en être enveloppé. Cette disposition tient sans doute au développement de la tumeur qui a supprimé le mésentère et dépouillé pour ainsi dire cette partie de l'intestin des deux tiers de son enveloppe péritonéale, sur une longueur de 10 centimètres.

Au niveau du point fixe douloureux, l'intestin se coude, c'est la jonction de la partie fixe et de la partie mobile de l'intestin grêle. Le péritoine passe comme épaissi et cicatriciel sur ce coude.

Au-dessus l'intestin est brusquement distendu. Il n'y a aucun doute possible sur le diagnostic d'occlusion par coudure.

Un anus artificiel est établi sur la partie distendue de l'intestin grêle,

à 10 centimètres du cæcum. Écoulement abondant de matières; cessation des coliques.

Mais la malade ne résiste pas à ce choc; elle va s'affaiblissant et meurt dans la nuit.

L'autopsie permet de reconstater de nouveau la disposition indiquée de l'occlusion intestinale. La tension de la poche marsupialisée n'est pas exagérée. Tout le mal vient de ce que l'extrémité inférieure de l'intestin grêle n'avait plus de mésentère et que sa portion libre rencontrait la portion immobilisée en faisant un angle.

Les purgatifs répétés n'aboutissaient qu'à exagérer les coliques, le tympanisme, les réflexes.

L'intervention secondaire a été trop retardée.

Du traitement chirurgical des gros fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale,

Par le Dr H. Duret, *Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.*

Les méthodes d'ablation des corps fibreux de l'utérus, par la voie abdominale, sont fort nombreuses; il suffit de citer les diverses hystérectomies avec pédicule intra-péritonéal, sous-péritonéal et extra-péritonéal, l'énucléation de Martin, l'hystérectomie totale, etc. Les indications relatives de chacun de ces procédés opératoires sont loin d'être précisées; c'est cependant ce qu'il importerait de faire.

Les partisans des opérations avec pédicule intra-péritonéal apportent des statistiques favorables, vantent la simplicité de la méthode. Mais, est-elle toujours utilisable? Quelle que soit la valeur des arguments produits, n'y a-t-il pas des circonstances pathologiques, où, *à priori*, elle doit être rejetée, pour le salut des malades?

Dans un mémoire publié dès 1890, dans le *Journal des sciences médicales* de Lille, nous appelions l'attention sur les dangers que crée le pédicule du moignon utérin dans les hystérectomies, dangers dus à sa grande vascularisation, à ses sécrétions post-opératoires, et à l'ouverture de la cavité utérine [1]. Dans un second travail, en 1892, nous établissions par des faits personnels, et par une étude critique, que la méthode du pédicule externe dans l'hystérectomie *est une méthode sûre*, dont les résultats ne sont pas aussi lents que certains l'ont prétendu [2]. — De 1890 à avril 1893,

1. H. Duret, Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins, *in Journal des sciences médicales de Lille*, 1890.

2. Hystérectomies abdominales pour fibromes utérins, *in Journal des sc. méd. de Lille*, 1892, nos 11, 12, 13.

nous avons eu 10 succès consécutifs, rapides, sans que jamais nos malades aient couru aucun danger grave du fait des suites opératoires. Nous n'avons échoué que dans deux cas, où nous avions été infidèle, par nécessité : un cas d'hystérectomie totale pour un fibrome multilobé, descendant très bas, et un cas de réduction péritonéale d'un pédicule de moyen volume.

Aujourd'hui, nous nous proposons uniquement d'établir, par des faits démonstratifs, que l'hystérectomie à *pédicule externe* doit être la méthode *de choix*, lorsqu'il s'agit du traitement des *gros fibromes utérins*, et qu'elle donne des succès exceptionnels, alors que les autres méthodes eussent probablement échoué ou n'étaient pas applicables.

Que faut-il entendre par *gros fibromes utérins*?

Il est évident que nous éliminons d'abord de cette classe de tumeurs, les fibromes sous-péritonéaux à *faible pédicule*, quel que soit leur volume.

Par contre, nous croyons que certains fibromes inclus dans le tissu cellulaire pelvien, et qui nécessitent une décortication préalable, doivent être justiciables de la méthode opératoire que nous préconisons, nous en rapporterons un exemple.

Nous ne nous occupons pas non plus des fibromes sous-muqueux, qui peuvent être traités par la voie vaginale.

Nous n'avons en vue que les fibromes dont le volume est considérable, qui remplissent en grande partie la cavité abdominale et souvent le bassin, dont le poids s'élève à 8, 10, 15, 20 kilogrammes, et dont le pédicule dépasse le volume du poignet, et atteint parfois celui du bras, de la jambe, ou de la cuisse d'un adulte.

Cette classe de fibromes mérite une étude particulière pour les raisons suivantes :

Leur masse cause des troubles fonctionnels graves; œdème considérable de la paroi abdominale, des membres inférieurs, gêne de la circulation, dyspnée extrême, impossibilité de se mouvoir, anémie par compression des organes digestifs, quelquefois par hémorragies profuses, et même la cachexie commençante. — Après l'ouverture de la paroi abdominale, le chirurgien éprouve de grands embarras pour les manœuvres à exécuter : difficulté d'explorer avec la main les contours de l'énorme tumeur, dans tous les sens; impossibilité de la mouvoir, de la déplacer, et surtout, de pénétrer dans le bassin pour apprécier le volume du pédicule, ses rapports avec l'utérus et les autres organes. — Il existe souvent des adhérences à larges surfaces avec l'épiploon, l'intes-

tin. — Le côlon, l'S iliaque, la vessie surtout sont attirés vers la tumeur, dont ils font partie intégrante, masqués par le même feuillet péritonéal, et souvent distendus, amincis. — Des vaisseaux volumineux, dont l'ouverture est redoutable, sillonnent leur surface dans tous les sens ou la côtoient : nous avons vu des sinus veineux du volume du pouce et des artères aussi grosses que l'humérale ou l'axillaire. — Quelques-uns de ces néoplasmes étalent à leur surface les ligaments larges hypertrophiés, et les déplacent, de telle sorte qu'on les trouve, avec leurs vaisseaux, soit en avant, soit en arrière. Ils attirent à eux le péritoine du bassin, des fosses iliaques, des flancs, dédoublent celui des intestins, de la vessie, et, parfois, descendent profondément dans le tissu cellulaire pelvien, d'où il faudra les décortiquer, non sans dangers.

Combien il est difficile, parfois, de les pédiculiser ! Peut-on trouver un lien élastique assez puissant pour étreindre ces tumeurs énormes, elles et leurs vaisseaux et les ligaments larges ? — Où faut-il former le pédicule qui souvent n'existe pas d'une façon apparente ? Le col utérin, lors même qu'il n'est pas pénétré par la tumeur, est situé si profondément qu'il échappe aux recherches et qu'on ne peut l'atteindre. — Quelle conduite tenir alors à l'égard des ligaments larges ? Faut-il les inciser et les lier à part, par paquets ? ou peut-on les comprendre d'abord sous le même lien élastique ? — Comment séparer du myôme la vessie dont les parois amincies, distendues, étalées sur lui, se déchirent aux moindres tractions ? — Quand elles descendent dans le tissu cellulaire pelvien, comment et à quel moment les décortiquer ? En quels points faire la section péritonéale qui le permettra ? Au moment où le lien est posé, comment prévenir son desserrement ? Quand on sectionne les pédicules, des flots de sang inondent le champ opératoire et l'obscurcissent. Il faut aller vite et sûrement. — Enfin, quand la masse est abattue, reste à connaître la conduite à tenir à l'égard de ce gros pédicule et du tissu pelvien dépouillé de son péritoine.

Ces opérations d'hystérectomies pour les gros fibromes sont redoutables, effrayantes même ; l'action chirurgicale, dans ces cas, nécessite donc une description spéciale.

Malgré tous les dangers et les difficultés, le succès peut venir récompenser le chirurgien de sa peine et de ses fatigues. Mais le salut des malades ne s'obtient que *par une bonne technique*. Les observations que nous rapportons permettent de l'établir.

Dans la première observation, il s'agit d'un fibrome énorme de

19 kilogrammes, remplissant tout l'abdomen qui mesure 1 mètre 55 centimètres de circonférence, et dont les parois épaissies, considérablement œdématiées, retombent à moitié des cuisses. La respiration est à peine possible et la malade est dans un tel état qu'elle ne peut se mouvoir. Trois aides ne suffisent pas à soulever la tumeur. Le pédicule, formé comme on le peut, du volume de la partie inférieure d'une cuisse d'adulte, est maintenu à l'extérieur. La malade guérit sans avoir jamais présenté d'élévation de température.

Dans l'observation II, la tumeur est bien moins volumineuse, mais on opère après des pertes profuses qui ont rendu la malade exsangue; une série de complications non opératoires surgissent: une double congestion pulmonaire; dans un accès de toux, le neuvième jour, les sutures étant enlevées, issue à travers la plaie ouverte du paquet intestinal, qui reste deux heures au dehors; albuminurie (jusqu'à 4 gr.), urémie grave avec accès de délire continu; plus tard congestion hépatique et ictère. La malade échappe cependant à ces dangers redoutables, et guérit Croit-on qu'avec un pédicule interne, elle n'eût pas été plus exposée?

Enfin l'observation III relate un cas de fibrome de 12 kilogrammes sans pédicule préformé, inclus aux trois quarts dans le tissu cellulaire pelvien, dont le péritoine a été amené de toutes parts pour recouvrir le néoplasme; la vessie très mince et étalée à la surface est déchirée largement. Nous laissons encore le pédicule à l'extérieur. La guérison se fait sans complications, et sans que le thermomètre ait dépassé 38°.

Ces observations méritent d'être rapportées en détail. Nous les commenterons ensuite et nous tirerons les conclusions les plus importantes au point de vue qui nous occupe : le traitement opératoire des gros fibromes utérins.

Observation I. — *Énorme fibrome de l'utérus, pesant 19 kilogrammes. — Hystérectomie. — Pédicule très large et court. — Guérison sans accidents.*

Mme G..., cinquante et un ans, a eu deux enfants qui ont maintenant l'âge adulte.

La tumeur qu'elle porte aurait débuté il y a 4 ou 5 ans. Toutes les trois semaines, elle a des métrorragies très abondantes qui durent huit à dix jours.

Elle présente un ventre énorme tombant jusqu'au milieu des cuisses. Il mesure 1 m. 55 de circonférence. C'est à peine si la malade est capable de se mouvoir : la respiration est constamment gênée, et, au moindre effort, elle a de la dyspnée. Les membres inférieurs sont énormes, œdématiés dans toute leur hauteur.

La paroi abdominale est le siège d'un œdème considérable; à sa partie

inférieure elle forme un pli très épais, rouge, presque phlegmoneux : l'ombilic dilaté a le volume du poing.

Une tumeur solide occupe toute la cavité abdominale, soulève les flancs, et repousse les deux hypocondres en dehors. Nulle part, il n'y a de sonorité : c'est seulement dans la partie la plus reculée des lombes qu'on constate la présence des intestins.

La saillie du ventre entre les cuisses rend très difficile le toucher vaginal : on peut reconnaître cependant que le col de l'utérus est volumineux, et que le segment accessible de la matrice fait partie de la tumeur.

Le 16 septembre 1891 a lieu l'opération, avec l'aide des D[rs] Lingrand, Voituriez et Vallin.

Incision de la paroi abdominale dans toute sa hauteur : celle-ci, très œdématiée et grasse, mesure au moins dix centimètres d'épaisseur.

Après avoir séparé avec la main quelques adhérences épiploïques, on accouche de la cavité abdominale, une tumeur énorme, sphéroïdale ; les efforts de trois aides sont nécessaires pour la soutenir. A la surface rampent des vaisseaux du volume du pouce. Les ligaments larges très développés, parcourus par des plexus veineux, très gros et très sinueux, remontent à mi-hauteur de la masse. Celle-ci descend aussi profondément dans le petit bassin, et s'enfonce derrière la vessie, volumineuse, *étalée* à sa surface, jusqu'à une hauteur de douze à quinze centimètres au-dessus du pubis.

Après avoir fait à la face antérieure de la tumeur une incision transversale à une hauteur considérable, on dissèque et on détache la face postérieure de la vessie, jusqu'au voisinage du col utérin.

On se demande d'abord si on pourra pédiculiser une pareille tumeur. En la soulevant péniblement, on passe d'abord un lien élastique du volume du petit doigt ; fixé dans le serre-nœud, il enserre en même temps les ligaments larges. La part comprise ainsi dans l'anse élastique dépasse de beaucoup le volume des deux poings d'un adulte vigoureux. On serre ensuite dans quatre ligatures formant paquets, les ligaments larges, au-dessous du lien élastique. On les coupe ; puis, on replace le lien élastique au niveau de la section, et on le serre aussi fortement que possible. On commence à couper rapidement avec un couteau à amputation la face antérieure de la tumeur : des flots de sang noirâtre jaillissent des sinus veineux et couvrent le champ opératoire. On l'éponge. En arrière nous sentons une artère énorme du volume de la fémorale, une troisième fois nous serrons encore plus fortement le cordon élastique. Puis la section est achevée : on nettoie le champ opératoire ; on referme un peu en haut la plaie abdominale. Puis, on procède à un lavage abondant avec l'eau distillée bouillie.

Le pédicule est court et épais ; son diamètre est d'environ 12 centimètres. Nous ne cherchons pas à l'amincir par évidement conique ; le lien eût glissé et nous aurions eu une hémorragie. Avec quelque peine on amène le pédicule aussi haut que possible ; on le transperse avec des broches, et on le fixe à 6 ou 8 centimètres au-dessus du pubis. Formation d'une collerette péritonéale autour de lui par 6 ou 8 points séparés ; suture continue du péritoine ; 28 points de suture séparés au crin de Flo-

rence sur la plaie abdominale. En raison de l'épaisseur de la paroi, le pédicule est au fond d'une excavation profonde.

Pendant les huit premiers jours, deux pansements soignés sont faits selon notre méthode ordinaire. Aucune complication ne survient. La température ne dépasse pas 38°. Les sutures sont enlevées le 9e jour, et le pédicule encore très épais est détaché aux ciseaux le 14e jour, sans incident.

L'excavation résultant de la chute du pédicule est pansée chaque jour et se comble peu à peu. Le 26 octobre, quarante jours après l'opération, la malade quitte le dispensaire, complètement guérie. L'œdème des jambes et de la paroi abdominale est disparu.

Nous avons revu la malade ces temps derniers. La santé générale est excellente; le teint, qui était blafard, est coloré : toutes les fonctions s'accomplissent bien. Aucune douleur, ni tiraillement au niveau du pédicule; aucune tendance à la hernie. La malade porte simplement une large ceinture en tricot élastique. Elle peut faire des courses prolongées et se livre sans fatigue à des travaux de force.

La tumeur enlevée pesait 19 kilogrammes. C'est un énorme fibrome, en partie mou, en partie dur, développé surtout dans la partie postérieure et dans le fond de la matrice; il est creusé, en divers endroits, de géodes du volume du poing, contenant un liquide brun, très visqueux.

Obs. II. — *Métrorragies profuses. — Hystérectomie abdominale pour fibrome volumineux. — Double congestion pulmonaire. — Hernie des intestins à l'extérieur au 9e jour. — Albuminurie. — Urémie grave. — Ictère. — Guérison.*

Une religieuse, âgée de quarante-trois ans, d'origine hollandaise, avait depuis quatre ans des métrorragies profuses. Elles duraient huit ou dix jours, pendant lesquels elles étaient si abondantes, qu'elle était obligée de changer de linge quatre à cinq fois dans la journée. Dès le deuxième jour des pertes, elle était obligée de se mettre au lit : elle tombait dans un état d'affaiblissement considérable, ayant des syncopes, de la céphalalgie, des vomissements, et une anorexie presque absolue, qui durait pendant toute la période des hémorragies. Celles-ci revenaient tous les quinze jours ou trois semaines.

En 1887, la tumeur, examinée sous la chemise, atteignait l'ombilic; aucun traitement génital ne put être fait. On donnait seulement l'ergotine à l'intérieur et l'extrait d'Hammamelis. Puis on fit des injections sous-cutanées de 3 à 5 gouttes d'ergotinine, tous les jours pendant deux mois.

Le 1er avril 1892, je vois pour la première fois la malade avec mon collègue, le Dr Vallin. Son état d'anémie était alors excessif : obligée de garder constamment le lit, elle avait des pertes si abondantes, qu'en un instant, elles traversaient trois ou quatre serviettes. Le facies était cireux, les muqueuses décolorées : elle souffrait de palpitations violentes, d'agitations, d'insomnies, de maux de tête. Elle ne pouvait même réparer ses forces; car elle ne prenait que quelques tasses de bouillon, ayant perdu tout appétit. Depuis quelques jours, en outre, elle s'était enrhumée, et elle présentait quelques râles de bronchite aux deux bases. Bref, elle

s'affaiblissait rapidement, et comme les hémorragies revenaient tous les huit à dix jours très abondantes, malgré les moyens employés, il importait de prendre une décision et d'agir sans retard.

L'examen de l'abdomen nous permet de constater une tumeur ovoïde, régulière, remontant à quatre doigts au-dessus de l'ombilic. Le néoplasme était uniformément résistant ; il présentait sur le côté droit et en arrière, une petite masse secondaire arrondie, du volume d'une orange. Un léger déplacement latéral de la tumeur était possible : mais on ne pouvait l'élever au-dessus du pubis. Le toucher vaginal difficile chez une vierge nous permet de constater un col petit, remonté, aplati derrière le pubis. Pas d'hystérométrie ; râles disséminés de bronchite aux deux bases. Scoliose à convexité droite très prononcée, les côtes touchant la crête iliaque ; ce qui rend le ventre très saillant.

Comme de nouvelles hémorragies pourraient emporter la malade, nous décidons, mon collègue et moi, qu'il convient d'intervenir avant le retour des pertes, qui doivent réapparaître dans huit ou dix jours.

L'opération a lieu le vendredi 15 avril avec l'aide des Drs Vallin et Van Petegheur.

Laparotomie remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et contournant cette cicatrice. La section fut achevée avec de forts ciseaux, et trancha la paroi un peu obliquement dans le sens de l'épaisseur : ce qui ne fut pas sans inconvénient, comme on le verra dans la suite.

Nous tombâmes sur une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, enclavée en partie dans le bassin, et dont on ne peut l'extraire complètement. Elle descendait en effet très bas dans cette cavité, et n'avait qu'un pédicule représenté par le col de la matrice petit et court. La forme était à peu près sphéroïdale et elle englobait en quelque sorte la matrice qui n'apparaissait nulle part. La vessie aplatie avait été attirée en haut, et répondait au tiers environ de sa face antérieure. On dut l'en séparer par une incision transversale, intéressant le feuillet péritonéal. Ensuite les doigts du chirurgien décollèrent peu à peu, et non sans peine, la paroi postérieure du réservoir urinaire, très amincie, et presque transparente, dans une étendue de trois travers de doigt.

Ce fut seulement lorsque la vessie fut complètement détachée, qu'on put penser que la tumeur serait pédiculisable dans la profondeur du bassin.

Les ligaments larges, très développés, furent saisis sur les côtés, et liés : trois ligatures à droite, quatre à gauche.

En arrière, le long de sa moitié inférieure, l'iliaque côtoyait la tumeur : celle-ci dédoublant son feuillet péritonéal l'avait attiré, et il lui était accolé dans une étendue de 12 à 15 centimètres ; on fit au-dessus de lui une large incision sous-péritonéale, et les doigts décolant le tissu cellulaire l'en séparèrent.

Puis, on continua de dégager le pôle inférieur du fibrome, du tissu cellulaire du bassin. On essaya l'application de la ligature élastique : mais on dut faire plusieurs tentatives, et elle dut être portée très bas, profondément dans la cavité pelvienne, pendant qu'un aide attirait en avant la vessie, afin d'éviter de la comprendre sous le lien élastique.

Section au couteau du pédicule ainsi formé. Il ne dépasse guère le volume de quatre doigts réunis : mais il est perdu dans le fond de l'excavation. On parvient cependant à le traverser de deux broches l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la ligature élastique.

Lorsque la suture des parois abdominales fut faite, on comprend quelle peine nous eûmes à ramener les broches au-dessus d'elle. La peau dut s'incliner en un infundibulum profond au-dessus du pubis.

Comme la malade était très faible, nous ne fîmes pas de suture péritonéale distincte : cette séreuse fut seulement fixée par quelques points séparés, en collerette au pédicule, au-dessous du cordon élastique. On mit 16 sutures au crin de Florence, traversant toute l'épaisseur des parois.

Pansement du pédicule selon les règles que nous avons formulées ailleurs.

La tumeur enlevée avait le volume d'une tête d'adulte et pesait 4 k. 500 : sa forme était sphéroïdale : sur la surface de section du pédicule on rechercha l'orifice de la matrice, et on ouvrit celle-ci dans toute sa longueur, sur une sonde cannelée. Il fut ainsi démontré que la cavité utérine, très allongée, était dans la tumeur, mais en avant et à gauche : le fibrome occupait donc principalement la paroi postérieure et la droite de l'utérus. Il n'était pas d'ailleurs énucléable; son tissu se confondait avec celui de l'organe hypertrophié.

Suites opératoires. — Les suites de l'opération furent très dramatiques, car nous eûmes à lutter contre trois complications accidentelles des plus graves, qui mirent les jours de la malade dans le plus grand danger; mais il n'y eut jamais de péritonite ni d'infection chirurgicale d'aucune sorte.

Le 15 avril, soir de l'opération, la températnre fut à 37°, le pouls à 100; le lendemain soir, le thermomètre marqua 39°,2, à 8 h., et le pouls atteignit 140; la malade toussait un peu.

Les deux jours suivants furent à peu près bons; mais le 19, la température s'éleva à 40°,2, et le pouls atteignit 130. La gêne de la respiration était visible, et on reconnut une double congestion pulmonaire assez étendue aux deux bases. L'auscultation, en raison de la déviation scoliotique, était fort difficile : les arcs costaux, à droite, formaient une base étroite où l'aspiration était très limitée. On applique deux vésicatoires : thé alcoolisé; lochs avec l'oxyde blanc d'antimoine pour favoriser l'expectoration. Agitation et délire la nuit. Cependant les jours suivants la température oscille entre 38° et 38°,5, le pouls est à 120.

Le 23, neuvième jour après l'opération, comme la peau était assez tiraillée, nous enlevons la plupart des sutures aux crins de Florence : nous en laissons quelques-unes au voisinage du pédicule, mais, dans l'après-midi, au moment d'un violent accès de toux, et la malade s'agitant dans son délire, la paroi abdominale s'ouvre, et un paquet d'anses intestinales du volume des deux poings fait hernie dans le pansement; quelques-unes même apparaissent au-dessus de la ceinture. On les recouvre de compresses, comme on peut. — C'est seulement une heure et demie après cet accident que nous arrivons auprès de la malade.

Nous nous empressons d'enlever le pansement, de laver largement à

l'eau bouillie, additionnée d'un peu de sublimé au 1/1000ᵉ, les anses herniées, et nous les réduisons non sans peine dans la cavité abdominale. Nous refaisons la suture, comme dans une laparotomie; 8 points de suture totaux sont ainsi appliqués. Le lendemain le thermomètre atteignit 40°, matin et soir, et le pouls 160.

Après 24 heures, il redescendit à 38°,6 ou 38°,8, et le pouls à 130.

Mais, à partir de ce moment, la malade fut très affaiblie. Le délire devint continuel la nuit et le jour, il fallait la maintenir dans son lit; parfois elle devenait un peu comateuse; elle se plaignait de maux de tête. L'examen des urines révèle 3 gr. 50 d'albumine. Nous étions donc maintenant en présence de crises urémiques. On mit la malade au régime lacté exclusif; on fit des révulsions sur les reins avec des ventouses scarifiées, puis avec des sinapismes répétés.

Cet état d'urémie et de délire persista pendant 21 jours; il s'accompagna même pendant un certain temps de congestion hépatique, d'ictère avec décoloration des selles; etc. L'albumine ne disparut qu'après dix à douze jours.

C'est seulement le 18 mai que nous pouvons considérer notre malade comme définitivement hors de toutes les complications. Pendant tout ce temps, elle fut réellement entourée de soins assidus et dévoués, eut deux ou trois pansements par jour, piqûre de caféine, digitale pour soutenir le cœur; chloral et bromure contre le délire, etc... Le pédicule fut sectionné, aux ciseaux, au-dessous de la ligature, le 14ᵉ jour.

On dut aussi cesser les pansements à l'iodoforme; les remplacer par la gaze au salol. A un moment les urines étaient devenues noirâtres, bien qu'on n'usât pas de solutions phéniquées.

Pendant trois semaines enfin, au fond de l'excavation laissée par le pédicule, persista une large cavité fistuleuse, située derrière la vessie : des injections détersives au chlorure de zinc, puis à la teinture d'iode mitigée, en amenèrent peu à peu la guérison.

La malade se leva pour la première fois, dans les premiers jours du mois de juin. Elle se rétablit ensuite rapidement.

Aujourd'hui, un an après l'opération, elle est florissante de santé, engraissée; son intelligence est très vive, et elle a repris ses cours qui consistent à donner un enseignement supérieur, à des jeunes filles, dans un pensionnat renommé et nombreux.

Du côté de la cicatrice abdominale aucune douleur; aucun trouble de la miction, malgré la brièveté primitive du pédicule.

Obs. III. — *Hystérectomie pour fibrome de 12 kilogrammes inclus dans le tissu cellulaire pelvien. — Décortication. — Guérison.*

C... Marie, ménagère, âgée de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital La Charité, pour être opérée d'une énorme tumeur abdominale. Elle a eu ses règles pour la première fois à treize ans — et, depuis ce temps, elles ont toujours été régulières, sans métrorragies. Elle a toujours joui d'une santé robuste, n'a jamais fait de maladies. Elle a eu 7 enfants. Depuis son dernier accouchement, qui date de huit ans, elle ressentit un peu de douleur dans l'abdomen, et remarqua, dit-elle, une grosse boule

située au milieu. Depuis deux ans l'augmentation de volume a été considérable, surtout dans les derniers mois.

A son arrivée, on constate que l'abdomen est en prolapsus sur la face antérieure des cuisses, dont on recouvre la moitié supérieure. Une tumeur occupe toute sa cavité et remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'appendice xyphoïde : elle remplit le flanc gauche et le flanc droit presque également, bien-que ce dernier soit un peu plus soulevé par une bosselure secondaire du volume des deux poings. La percussion ne donne de sonorité que tout à fait en haut sous les hypocondres, et à l'épigastre. A la palpation, on sent quelques grosses bosselures, et au-dessous d'elles une tumeur très dure, qui paraît être un fibrome.

Au toucher, on constate que le col utérin est placé très haut, et peut

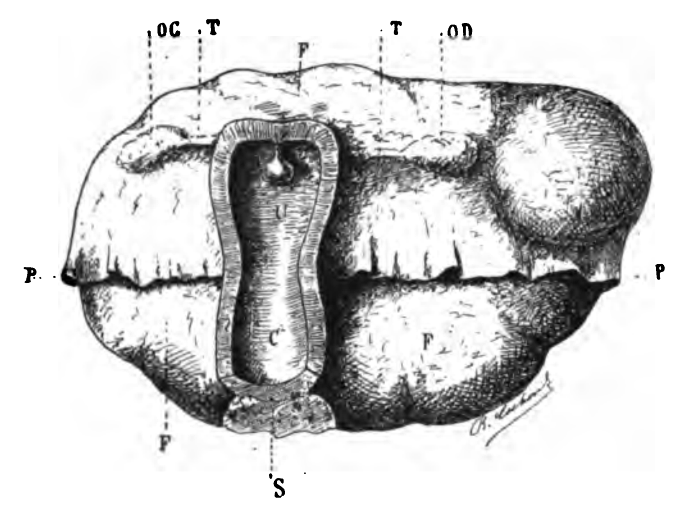


Fig. 3. — Enorme fibrome inclus dans le tissu cellulaire pelvien (Obs. III).
FFF, fibrome; U, utérus; C, cavité cervicale; PP, section du péritoine: S, pédicule; TT, trompes; OG, OD, ovaires.

à peine être atteint par la pulpe de l'indicateur : il est dévié à gauche. La tumeur ne paraît pas occuper le petit bassin, mais est remontée assez haut.

La situation du col, très élevé et dévié, ne permet pas l'hystérométrie.

Opération. — Elle est pratiquée le lundi 3 janvier 1893 par M. le professeur Duret, assisté par le docteur Voituriez et Van Heuverswyn.

La paroi abdominale étant ouverte, on constate immédiatement qu'il s'agit bien d'un énorme fibrome utérin. L'incision doit être prolongée jusqu'à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde. Les mains étant engagées derrière la tumeur, on la fait sortir par un mouvement de rotation sur son axe vertical, et on l'amène autant que possible au-devant des parois abdominales, qu'on refoule au-dessous d'elle.

On constate alors que cette tumeur n'est nullement pédiculée, et qu'elle entraîne avec elle une vaste étendue du péritoine du bassin, et les ligaments larges. Sa forme est celle d'un gros ellipsoïde, un peu aplati d'avant en arrière, et à grand axe transversal (voir fig. 3). A la partie

antérieure on reconnaît que la vessie remonte de 12 à 15 centimètres; le cathétérisme le démontre : elle y est largement étalée transversalement. En avant et près de l'extrémité gauche de la tumeur se voit le ligament large, formé d'énormes veines tortueuses et dilatées, et par la trompe et l'ovaire. Le ligament large du côté droit a été, au contraire, entraîné très loin en arrière et occupe la face postérieure du néoplasme, sur laquelle il s'étale dans toute son étendue transversalement et de haut en bas.

Après ces constatations, le chirurgien procède de la façon suivante.

Du *côté gauche*, et *en avant*, il commence à saisir tout ce qu'il peut ramener du péritoine et du ligament large, et à le serrer entre deux séries de ligatures. Il place ainsi cinq liens aux fils de soie très forts sur les différents paquets qu'il parvient à former. Il faut pénétrer ainsi jusque dans la fosse iliaque et le flanc gauches, dont le péritoine enveloppe une partie de la tumeur. Un peu au-dessus des ligatures, on place de grandes pinces courbes du côté de la tumeur, et on coupe entre les deux.

On se porte ensuite *en arrière de la tumeur*, en la renversant fortement en avant, et on procède de même à l'égard de ce qui représente le ligament large droit très étalé. On place d'abord 6 ligatures par paquets assez volumineux; puis, on commence à inciser transversalement le péritoine, au-dessus des ligatures, dans toute l'étendue de la face postérieure de la tumeur, à peu près à sa partie moyenne. En faisant cette incision, le chirurgien constate qu'une anse intestinale d'une longueur de 0,15 centimètres est accolée à la tumeur au-dessous d'elle; c'est l'S iliaque attirée avec son péritoine employé à recouvrir la tumeur. On la dégage par l'incision faite, en décollant avec les doigts le feuillet celluleux péritonéal.

On revient *en avant* pour dégager la vessie. On fait une incision transversale du péritoine dans toute l'étendue de la face antérieure de la tumeur, au-dessus du réservoir urinaire, à environ 12 centimètres au-dessus du pubis. Une sonde étant introduite dans la vessie et en indiquant les limites supérieures, on pénètre par l'incision péritonéale dans le feuillet celluleux, et on décolle avec prudence. Mais il existe là de vastes plexus veineux qu'il faut saisir avec des pinces et qui donnent beaucoup de sang et obscurcissent le champ opératoire. De plus, les fibres musculaires de la vessie ont été en quelque sorte étalées et dissociées par la tumeur. La paroi est d'une minceur extrême; malgré les précautions prises, une boutonnière large de quatre doigts y est faite par déchirure. On la ferme en en rapprochant les lèvres par une large pince en T, et on continue la séparation du réservoir urinaire et de la tumeur. Alors, comme les plexus veineux saignent abondamment, le chirurgien procède avec rapidité, en avant, en arrière, et sur les côtés, il achève de dégager avec la main toute la région inférieure de la tumeur qui plonge dans le tissu cellulaire pelvien (voir fig. 3). Il jette vivement un lien élastique qui entoure une sorte de pédicule ayant le volume du poignet, situé dans la profondeur du bassin. Ce lien est resserré à plusieurs reprises, et le couteau à amputation sectionne la tumeur au-dessus de lui. Mais comme le pédicule dont nous parlons est d'abord

peu distinct, il a été traversé par le lien élastique au moment où on passait celui-ci avec l'aiguille de Terrier : une petite portion en est restée à gauche ; elle sera liée plus tard avec un fort fil de soie. A droite, le pédicule comprend la section de la cavité utérine anormalement et considérablement développée. Fixation du lien élastique et embrochement par une broche située au-dessous de lui, et par une seconde broche, placée au-dessus. Lavage abondant de l'abdomen et du bassin à l'aide de 12 à 15 litres d'eau bouillie.

On donne un soin particulier à la toilette du péritoine et du cul-de-sac postérieur, qui est d'une profondeur considérable.

Avant le lavage, suture de la déchirure vésicale par une double rangée de points continus selon la méthode de Lembert. Sonde vésicale à demeure.

Afin de diminuer la surface cruentée et de retrécir l'espace celluleux pelvien, en rapport avec la cavité péritonéale, nous avons ramené le péritoine des parties antérieures, postérieures et latérales du bassin, et de la vessie, jusqu'au voisinage du pédicule où nous les avons fixés par des points de suture à la soie.

Deux gros drains dans le cul-de-sac postérieur. Suture à trois plans de la paroi abdominale. Pansement du pédicule selon les règles que nous avons formulées. Pansement général de Lister et couches nombreuses de ouate.

Examen de la tumeur. — Dimensions : circonférence, 0,88 centimètres; diamètre transversal, 0,36 centimètres; vertical, 0,34. La forme générale est celle d'un ellipsoïde légèrement aplati d'avant en arrière, dont la petite circonférence verticale est de 0,63 centimètres (voir fig. 3). Le poids est de 12 kilogrammes. La matrice occupe la partie postérieure *gauche* de l'ellipsoïde, au voisinage de son extrémité, à dix centimètres de la partie médiane. La hauteur de la cavité utérine est de 0,22 centimètres sur lesquels on en compte 0,12 pour la cavité du corps, 0,04 pour la portion intermédiaire, et 0,06 centimètres pour la portion cervicale. Il y a donc eu un allongement considérable de la matrice, et, en même temps, une hypertrophie, car l'épaisseur de la section utérine est de 0,02 centimètres et demi. Sur le fond de la cavité, insertion d'un polype muqueux longuement pédiculé (voir fig. 3) du volume d'une amande. Les ovaires sont situés en arrière de la tumeur, le droit à 10 centimètres, le gauche à 3 centimètres. Les trompes sont très allongées mais encore reconnaissables : la droite mesure 16 centimètres; la gauche, 14 centimètres.

Vu ces dispositions anatomiques, on peut dire que le fibrome s'est développé *primitivement* à la face antérieure *droite* de la matrice, à l'union du col et du corps. La tumeur en grossissant a cheminé entre l'utérus et la vessie, allongeant considérablement les deux organes qui ont subi une hypertrophie colossale. Avec la tumeur, le chirurgien a enlevé une calotte du péritoine, ainsi qu'on peut le voir sur la figure, calotte recouvrant en avant le bord supérieur, la moitié de la face antérieure et les 2/3 de la face postérieure.

Le pédicule n'existait pas primitivement. La tumeur a été enlevée par un procédé de myômectomie sous-péritonéal avec résection d'une grande étendue de cette membrane.

Suites opératoires. — L'opération avait duré trois heures. A la suite il n'y eut pas d'accidents chloroformiques, pas un effort de vomissement.

4 heures du soir. La réaction est très bonne. La malade est couverte de sueur, ne vomit pas. Le pouls ample et fort bat à 128°. La température est à 38°,9. Pas de douleurs dans le ventre.

3 janvier. P. 124. T. 38°,2. Facies excellent; pas de vomissements. On renouvelle le pansement. Urines tintées de sang à cause de la blessure vésicale, 600 grammes.

Soir. P. 120. T. 38°,4.

4 janvier. Facies très bon. P. 132. T. 38°,8. On fait le pansement. Le ventre paraît légèrement ballonné. Sacs de glace sur les côtés. Urines un peu moins rouges, 1000 grammes. Soir : P. 128. T. 38°,8.

5 janvier. Purgation : huile de ricin.

6 janvier. Urines naturelles. P. 104. T. 38°,2.

9 janvier. Section du pédicule en partie momifié, avec les ciseaux. C'est le huitième jour depuis l'opération. Ablation de la moitié des sutures.

11 janvier. A la place du pédicule existe une cavité en entonnoir assez profonde qui est bourrée de gaze iodoformée.

25 janvier. Les pansements ont été faits régulièrement, et la cavité s'est peu à peu remplie par bourgeonnement.

Dans la seconde semaine de février la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Ses forces sont bien revenues et elle reprend un peu d'embonpoint.

Ni tiraillements, ni douleurs au niveau du pédicule. Mictions normales.

A. Si on eût traité les malades dont nous venons de relater l'histoire pathologique, par la méthode de réduction intra-péritonéale du pédicule, voici quels en eussent été les inconvénients ou dangers.

Les pédicules trop volumineux n'auraient pu être réduits tels que les avaient façonnés la ligature élastique. Il aurait fallu recourir à leur évidement conique et à la suture à trois étages du moignon selon les procédés de Schröder-Hofméier, Martin, etc. Ce temps spécial eût prolongé notablement la durée d'une opération, ayant déjà duré plusieurs heures. Les vaisseaux, dans le cas I, étaient si volumineux qu'il eût été imprudent d'enlever le lien élastique, quelque soin qu'on eût apporté dans le serrement des sutures.

Je sais que les partisans du pédicule dans l'abdomen apportent des statistiques qu'ils qualifient de favorables, *sans restrictions.* — Mais leurs calculs englobent tous les faits; s'il s'agit de tumeurs de petit ou de moyen volume, de pédicules petits, le succès est aisé. — Même en acceptant les statistiques sans tenir compte de la gravité des cas, on arrive, d'après Pozzi, aux résultats suivants : la mortalité pour les partisans exclusifs de la méthode

peu distinct, il a été traversé par le lien élastique au moment où on passait celui-ci avec l'aiguille de Terrier : une petite portion en est restée à gauche; elle sera liée plus tard avec un fort fil de soie. A droite, le pédicule comprend la section de la cavité utérine anormalement et considérablement développée. Fixation du lien élastique et embrochement par une broche située au-dessous de lui, et par une seconde broche, placée au-dessus. Lavage abondant de l'abdomen et du bassin à l'aide de 12 à 15 litres d'eau bouillie.

On donne un soin particulier à la toilette du péritoine et du cul-de-sac postérieur, qui est d'une profondeur considérable.

Avant le lavage, suture de la déchirure vésicale par une double rangée de points continus selon la méthode de Lembert. Sonde vésicale à demeure.

Afin de diminuer la surface cruentée et de retrécir l'espace celluleux pelvien, en rapport avec la cavité péritonéale, nous avons ramené le péritoine des parties antérieures, postérieures et latérales du bassin, et de la vessie, jusqu'au voisinage du pédicule où nous les avons fixés par des points de suture à la soie.

Deux gros drains dans le cul-de-sac postérieur. Suture à trois plans de la paroi abdominale. Pansement du pédicule selon les règles que nous avons formulées. Pansement général de Lister et couches nombreuses de ouate.

Examen de la tumeur. — Dimensions : circonférence, 0,88 centimètres; diamètre transversal, 0,36 centimètres; vertical, 0,34. La forme générale est celle d'un ellipsoïde légèrement aplati d'avant en arrière, dont la petite circonférence verticale est de 0,63 centimètres (voir fig. 3). Le poids est de 12 kilogrammes. La matrice occupe la partie postérieure *gauche* de l'ellipsoïde, au voisinage de son extrémité, à dix centimètres de la partie médiane. La hauteur de la cavité utérine est de 0,22 centimètres sur lesquels on en compte 0,12 pour la cavité du corps, 0,04 pour la portion intermédiaire, et 0,06 centimètres pour la portion cervicale. Il y a donc eu un allongement considérable de la matrice, et, en même temps, une hypertrophie, car l'épaisseur de la section utérine est de 0,02 centimètres et demi. Sur le fond de la cavité, insertion d'un polype muqueux longuement pédiculé (voir fig. 3) du volume d'une amande. Les ovaires sont situés en arrière de la tumeur, le droit à 10 centimètres, le gauche à 3 centimètres. Les trompes sont très allongées mais encore reconnaissables : la droite mesure 16 centimètres; la gauche, 14 centimètres.

Vu ces dispositions anatomiques, on peut dire que le fibrome s'est développé *primitivement* à la face antérieure *droite* de la matrice, à l'union du col et du corps. La tumeur en grossissant a cheminé entre l'utérus et la vessie, allongeant considérablement les deux organes qui ont subi une hypertrophie colossale. Avec la tumeur, le chirurgien a enlevé une calotte du péritoine, ainsi qu'on peut le voir sur la figure, calotte recouvrant en avant le bord supérieur, la moitié de la face antérieure et les 2/3 de la face postérieure.

Le pédicule n'existait pas primitivement. La tumeur a été enlevée par un procédé de myômectomie sous-péritonéal avec résection d'une grande étendue de cette membrane.

Suites opératoires. — L'opération avait duré trois heures. A la suite il n'y eut pas d'accidents chloroformiques, pas un effort de vomissement.

4 heures du soir. La réaction est très bonne. La malade est couverte de sueur, ne vomit pas. Le pouls ample et fort bat à 128°. La température est à 38°,9. Pas de douleurs dans le ventre.

3 janvier. P. 124. T. 38°,2. Facies excellent; pas de vomissements. On renouvelle le pansement. Urines tintées de sang à cause de la blessure vésicale, 600 grammes.

Soir. P. 120. T. 38°,4.

4 janvier. Facies très bon. P. 132. T. 38°,8. On fait le pansement. Le ventre paraît légèrement ballonné. Sacs de glace sur les côtés. Urines un peu moins rouges, 1000 grammes. Soir : P. 128. T. 38°,8.

5 janvier. Purgation : huile de ricin.

6 janvier. Urines naturelles. P. 104. T. 38°,2.

9 janvier. Section du pédicule en partie momifié, avec les ciseaux. C'est le huitième jour depuis l'opération. Ablation de la moitié des sutures.

11 janvier. A la place du pédicule existe une cavité en entonnoir assez profonde qui est bourrée de gaze iodoformée.

25 janvier. Les pansements ont été faits régulièrement, et la cavité s'est peu à peu remplie par bourgeonnement.

Dans la seconde semaine de février la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Ses forces sont bien revenues et elle reprend un peu d'embonpoint.

Ni tiraillements, ni douleurs au niveau du pédicule. Mictions normales.

A. Si on eût traité les malades dont nous venons de relater l'histoire pathologique, par la méthode de réduction intra-péritonéale du pédicule, voici quels en eussent été les inconvénients ou dangers.

Les pédicules trop volumineux n'auraient pu être réduits tels que les avaient façonnés la ligature élastique. Il aurait fallu recourir à leur évidement conique et à la suture à trois étages du moignon selon les procédés de Schröder-Hofméier, Martin, etc. Ce temps spécial eût prolongé notablement la durée d'une opération, ayant déjà duré plusieurs heures. Les vaisseaux, dans le cas I, étaient si volumineux qu'il eût été imprudent d'enlever le lien élastique, quelque soin qu'on eût apporté dans le serrement des sutures.

Je sais que les partisans du pédicule dans l'abdomen apportent des statistiques qu'ils qualifient de favorables, *sans restrictions.* — Mais leurs calculs englobent tous les faits; s'il s'agit de tumeurs de petit ou de moyen volume, de pédicules petits, le succès est aisé. — Même en acceptant les statistiques sans tenir compte de la gravité des cas, on arrive, d'après Pozzi, aux résultats suivants : la mortalité pour les partisans exclusifs de la méthode

intra-péritonéale est de 25,15 p. 100, et pour ceux de la méthode extra-péritonéale de 21,6 p. 100. La supériorité persiste donc. Albert (de Vienne), sur 30 cas par la méthode externe, n'a eu qu'une mort. Sur 18 opérations de ce genre, Hégar n'a perdu aucune malade. — Nous pensons qu'en appliquant les recherches statistiques uniquement aux grosses tumeurs et aux cas difficiles, les différences seraient bien plus notables.

B. Non seulement la *prolongation* de l'opération et les *difficultés* de la confection du pédicule, sont des obstacles au traitement intra-péritonéal de celui-ci dans les grosses tumeurs, mais il existe encore deux autres dangers et ce ne sont pas les moins redoutables : je veux parler des *hémorragies* et de la *septicémie*.

Comment supprimer le lien élastique, au moment de la réduction, dans ces énormes fibromes? — Croit-on qu'une suture bien faite, même d'après les procédés les plus récents, suffira alors qu'en chaque point, on doit lutter contre l'écoulement sanguin si abondant des piqûres? La tension vasculaire est extrême dans le moignon. Les décès par hémorragies *post-opératoires* ne sont pas rares. « Quand on réduit le pédicule par le procédé de Schrœder, dit Pozzi, l'hémorragie *tardive* est toujours à redouter. On est averti par l'agitation extrême des malades, l'accélération, l'affolement et la petitesse du pouls, le gonflement du ventre, la pâleur du visage et des muqueuses. On peut voir la sérosité sanglante suinter à travers la section de la peau. Le sang peut s'épancher sous le péritoine, entre les ligaments larges, former d'énormes hématocèles rétro-péritonéales, ou encore s'accumuler dans la loge d'une tumeur énucléée du tissu cellulaire pelvien, et faire alors une saillie qui déprime fortement le vagin ecchymosé [1]. »

La *septicémie* dans les gros fibromes peut résulter d'abord de la multiplicité des manœuvres, surtout si on les prolonge pour la confection du pédicule dans le but de le réduire. — Dans la méthode extra-péritonéale, toute action dans la cavité pelvienne est terminée aussitôt après la section de la tumeur au-dessus du lien élastique. — La septicémie est bien plus souvent encore le résultat de la réduction elle-même de ce pédicule et de son séjour dans l'abdomen : « Son énorme surface laisse suinter les premiers jours des exsudats séro-sanguins, séreux, qui s'accumulent dans l'abdomen, qui y fermentent rapidement, soit que les germes lui viennent d'une antisepsie post-opératoire qui n'a pas été rigou-

1. Pozzi, *Traité de gynécologie*, p. 331.

reuse, soit que ceux-ci remontent de la cavité utérine, du vagin, soit enfin que les nombreuses sutures et ligatures elles-mêmes en soient l'origine [1]. » — Enfin le lien élastique lui-même, si on le laisse en place, selon la méthode d'Ohlshausen, n'est pas sans causer parfois des septicémies ou des suppurations pelviennes tardives et dangereuses.

Nous redoutons tellement les sécrétions post-opératoires du moignon utérin que, dans nos opérations pour gros fibromes, bien que le pédicule soit fixé à l'intérieur, nous drainons le cul-de-sac de Douglas.

C. Ne peut-on, cependant, dans les gros fibromes, avoir recours aux méthodes mixtes, juxta-péritonéales de Wolffer-Hoeckey, de Sænger, de Bouilly et Pozzi, etc.? — Sans doute, on évite ainsi, en partie, le danger des sécrétions intra-péritonéales; mais les accidents de péritonite, de suppuration sont moins sûrement éludés; on prolonge la durée de l'opération, car il faut confectionner le moignon.

Restent encore les méthodes de l'hystérectomie totale, et de l'ablation en raquette de Doyen? — Ces méthodes ne sont pas applicables dans les cas d'énormes fibromes. L'hystérectomie totale greffe sur l'opération principale une *opération secondaire* dont la durée et les manœuvres ne sont pas, dans ces circonstances, sans graves inconvénients. Il est moins simple, qu'il ne le paraît, d'enlever consécutivement le moignon utérin. D'ailleurs les résultats actuels ne sont pas satisfaisants. — L'hystérectomie à lambeaux ne saurait s'accomplir avec des tumeurs trop volumineuses pour qu'on puisse les manœuvrer et atteindre assez bien leur face postérieure.

D. D'après la lecture de nos observations, on pourra voir que la fixation du pédicule au dehors, en rendant, après les opérations, la cavité péritonéale absolument aseptique, a permis une favorable évolution de complications graves qui, avec d'autres dispositions, eussent été funestes probablement. Le deuxième cas est, à ce point de vue, réellement instructif. Une malade épuisée par des hémorragies excessives et fréquentes a pu résister à une double congestion pulmonaire, à l'issue des intestins, à de l'albuminurie avec urémie et délire, à de l'ictère par congestion hépatique, etc. — Dans la troisième observation, l'espace celluleux pelvien et ligamenteux a été largement ouvert par la décortication, la vessie a été déchirée, et la guérison s'est faite

1. *Mémoire sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins; in Journal de Sc. méd. de Lille* 1890, p. 5.

sans accident. — Nous pourrions également citer l'observation II de notre premier mémoire, où un double fibro-myôme avec enlèvement d'une des tumeurs dans le bassin, a été extirpé avec succès; l'observation II du deuxième mémoire où l'ablation d'un fibro-myôme de 7 k. 500 est suivie d'une guérison complète en 30 jours, et l'observation IV, où existait un large pédicule.

La *simplicité des suites opératoires* dans l'hystérectomie à pédicule externe, pratiquée selon les règles que nous avons formulées, est, on peut le dire, en faveur de cette méthode, dans les cas difficiles.

E. Quelles critiques peut-on donc lui adresser?

Nous les avons longuement examinées et discutées dans notre précédent travail, nous n'y reviendrons pas. — Nous croyons avoir suffisamment établi que les inconvénients du traitement du pédicule par la méthode externe, dans l'hystérectomie abdominale, se réduisent à peu de chose et peuvent être évités la plupart du temps. — Nous rappellerons seulement que *nous abrégeons beaucoup la durée du traitement du moignon*, en attendant qu'il tombe, comme la plupart des chirurgiens, mais en l'extirpant hâtivement, dès qu'il offre une rétraction suffisante, à une époque qui varie du neuvième au douzième jour. On n'est plus alors qu'en présence d'une plaie de la paroi abdominale, qui se cicatrise rapidement sous l'influence de pansements soigneux. La durée du temps de séjour des malades dans nos services a été de 30 ou 40 jours. La sécurité que donne la méthode extra-péritonéale compense bien les 12 ou 15 jours de plus qu'il faut consacrer aux pansements. Jamais, avec des pansements fréquents et dessiccateurs, nous n'avons observé de septicémies tardives, de suppurations, de fistules durables. — Tardivement, nous n'avons pas constaté non plus de tiraillements au niveau du pédicule, de douleurs, de gêne dans la miction; l'ablation du pédicule étant hâtive, les adhérences à la paroi s'allongent très rapidement, ne causent aucune traction, aucun obstacle au développement de la vessie.

F. Nous nous rallions volontiers aux paroles judicieuses du Dr Greig Smith, à la Société gynécologique de Londres (février 1892) : « Il faut uniquement se préoccuper de sauver la vie des malades, et peu importe que le procédé opératoire soit élégant ou non, pourvu qu'il donne de meilleurs résultats que les autres méthodes. Les règles générales que cherchent à imposer quelques opérateurs en se basant sur un petit nombre de faits personnels ne sont pas admissibles.

« *Il est évident que le procédé ne saurait être le même quand il*

s'agit d'enlever une tumeur qui ne pèse que 4 ou 5 kilos, et lorsqu'on est appelé à pratiquer l'ablation de tumeurs pesant 20, 30 et même 40 livres. Tout chirurgien dont l'expérience personnelle ne repose pas sur un nombre considérable de tumeurs de toutes dimensions, est mal fondé à exprimer un avis formel sur le traitement à suivre en général. Une opération qui expose l'opérée au danger de la suppuration dans la cavité péritonéale, alors qu'il est matériellement impossible d'évacuer le pus, ne saurait inspirer la confiance. On parle à la légère de tailler de larges lambeaux péritonéaux, de jeter des ligatures sur les ligaments larges et même sur les vaisseaux utérins et ovariens séparément, mais, comment faire tout cela quand il s'agit de ces tumeurs énormes qui soulèvent le péritoine pelvien comme une grossesse de 7 à 8 mois? Dans ce cas, il n'existe plus, pour ainsi dire, de ligaments larges et les vaisseaux sanguins et les organes se trouvent tellement déplacés, qu'il est impossible de retrouver les artères pour en faire la ligature.

« Mon expérience personnelle comprend seulement une vingtaine de faits. Dix fois l'opération a été faite par la méthode intra-péritonéale; mais, il s'agissait de cas faciles, n'offrant pas de difficultés opératoires sérieuses. Toutes les autres opérations ont été traitées par la méthode extra-péritonéale. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de morts à déplorer, *mais les seuls cas qui aient fait naître des inquiétudes sérieuses, sont ceux dans lesquels la méthode intra-péritonéale fut employée.* »

Lawson Tait, avec sa haute autorité, « déclare qu'il partage les opinions exprimées par Greig Smith, et, en se basant sur plusieurs centaines d'observations, il affirme *ne plus vouloir faire l'hystérectomie qu'à l'aide du clamp, c'est-à-dire par la méthode extra-péritonéale* ».

Le Dr Terrillon, qui pratique les deux méthodes extra et intra-péritonéales, se prononce en faveur de la première, quand il s'agit de pédicules volumineux (*Congrès de Chir.*, 1892).

De ces considérations et des observations très démonstratives que nous avons rapportées, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° *Pour le traitement des gros fibromes utérins, la méthode d'hystérectomie abdominale avec pédicule externe est la méthode de choix;*

2° *Elle est en même temps la plus sûre : car elle n'expose pas les malades, et elle a permis de réussir dans les cas les plus compliqués.*

Séance du vendredi 7 avril (soir).

Présidence de M. le Professeur SEVEREANU, de Bucharest.

Question mise à l'ordre du jour : **Les tumeurs fibreuses de l'utérus (suite).**

Résultats statistiques du traitement électrique des fibromes à la Clinique électrothérapique de Bordeaux,

Par le Dr J. BERGONIÉ, Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux,
et le Dr ANDRÉ BOURSIER, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Nous désirons, dans ce travail, présenter au Congrès de chirurgie les résultats que nous avons obtenus à la clinique électrothérapique de Bordeaux, dans le traitement électrique des fibro-myômes de l'utérus. — Sans vouloir discuter ni les travaux multiples qui ont déjà été publiés sur cette importante question, ni les procédés opératoires très divers qui ont été mis en usage par un certain nombre de chirurgiens et d'électriciens, nous nous bornerons simplement à faire connaître le résultat de nos observations après avoir décrit, dans tous ses détails, la technique opératoire qui a été constamment employée à la clinique de Bordeaux.

Notre expérience à ce sujet est déjà ancienne. Les cas dont nous allons vous entretenir ont été recueillis dans une période de près de huit années. C'est au mois de novembre 1885 que nous avons commencé à appliquer aux fibromes utérins le traitement électrique, et nous avons poursuivi nos études jusqu'à ce jour, en choisissant, surtout maintenant, les cas où il nous paraît désigné par des indications spéciales. — Si nous insistons ainsi sur la date du début de nos observations, c'est que la longue durée de notre expérience nous paraît capable de donner une importance plus grande aux résultats obtenus. En effet, quelques-unes de nos malades ont pu être suivies pendant un certain nombre d'années, et nous avons pu nous rendre compte, chez elles, que les bénéfices du traitement étaient le plus souvent durables et pouvaient parfois être considérés comme définitifs.

D'autre part, chez toutes nos malades, l'exactitude du diagnostic est assurée non seulement par le soin que nous apportons à les examiner avant de les soumettre au traitement, mais aussi par la façon dont elles arrivent à la clinique. — Il en est en effet très peu qui viennent spontanément se présenter à la consultation. Elles

proviennent, en très grande majorité, des différents services hospitaliers, aussi bien des cliniques chirurgicales de la Faculté que des services de chirurgie de l'hôpital Saint-André. Un certain nombre d'entre elles est envoyé aussi par la consultation de la Clinique annexe des Maladies des femmes, dirigée par l'un de nous. — Dans tous ces cas, la malade a été vue d'abord et le diagnostic a été porté par le chef de service, et celui-ci ne nous l'adresse que s'il juge que le traitement électrique puisse lui être avantageux. En outre, comme, surtout pour les malades hospitalisées, la surveillance et le contrôle du chirurgien peuvent s'exercer pendant toute la durée du traitement, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue des effets thérapeutiques, nous n'avons à redouter que fort peu d'erreurs. Quant aux rares malades qui appartiennent à notre pratique privée, dont nous avons cru devoir rapporter ici les observations, elles viennent, elles aussi, sur les indications et les recommandations de leur médecin, dont le diagnostic est toujours très soigneusement examiné.

Dans ces conditions, il est naturel que nous ayons pu observer un nombre assez considérable de malades, et nous pouvons présenter aujourd'hui un total de plus de *deux cents* observations complètes ou incomplètes de fibromes utérins.

Malheureusement elles ne sont pas toutes utilisables au point de vue qui nous occupe et nous sommes obligés d'en éliminer un certain nombre pour divers motifs. Le chiffre de celles dans lesquelles le traitement a été assez régulièrement et assez longtemps employé pour pouvoir être exactement apprécié s'élève seulement à *cent*.

Parmi les observations qui, à notre avis, doivent être rejetées, nous plaçons en première ligne tous les cas dans lesquels les tumeurs fibreuses avaient imprimé à l'utérus des déviations et des déplacements tels que le cathétérisme utérin était devenu impossible. Comme nous n'avons jamais voulu, ainsi que cela a été fait par d'autres, électriser les fibromes en introduisant directement une tige perforante dans l'épaisseur du tissu néoplasique, nous nous sommes vus forcés de priver du traitement électrique toutes les malades chez lesquelles il nous a été impossible de faire pénétrer un électrode dans la cavité utérine. Nous devons ajouter, d'ailleurs, que ces cas n'ont pas été très nombreux.

Il nous est aussi absolument impossible de faire entrer en ligne de compte tous les faits — et ceux-là sont malheureusement assez multipliés — dans lesquels les malades n'ont pas eu la constance de suivre assez régulièrement ou assez longtemps leur traitement.

Il arrive en effet, et cela se retrouve dans tous les services constitués seulement par une simple consultation, que beaucoup de

malades disparaissent pour ne plus revenir après une, deux ou trois séances d'électrisation. Il devient alors impossible de savoir quel a été l'effet de l'électricité, et d'ailleurs, comme on ne peut obtenir un résultat appréciable qu'après un nombre assez considérable de séances, il est de notre devoir d'écarter en bloc tous les cas de ce genre.

Nous devons encore éliminer quelques rares cas dans lesquels l'observation prolongée des malades nous a démontré, malgré tous nos soins, que le diagnostic de fibromes était erroné. Il s'agit ici soit de flexions utérines dans lesquelles le fond de l'utérus avait été pris pour un petit fibrome, soit de tumeurs malignes du corps de l'utérus où le volume de l'organe et la fréquence des hémorragies avaient fait croire d'abord à l'existence de tumeurs fibreuses.

Enfin, il existe un certain nombre de faits qui ne rentrent pas dans le chiffre des 100 observations indiquées plus haut. Ce sont les fibromes qui ne présentaient aucun symptôme fonctionnel, et ne s'accompagnaient, en particulier, ni de douleurs ni d'hémorragies. Comme alors, le traitement était mis en œuvre uniquement pour tâcher d'arrêter le développement du néoplasme, et même de le faire rétrocéder, nous avons pratiqué l'électrisation en introduisant dans la cavité utérine le pôle négatif, au lieu du pôle positif que nous avons employé dans tous les autres cas. Aussi ces observations doivent-elles être séparées des autres et examinées à part.

Avant d'exposer la technique que nous avons constamment suivie, il est un point sur lequel nous avons à insister : c'est de bien nettement indiquer les variétés de tumeurs fibreuses auxquelles nous avons cru devoir appliquer le traitement électrique. — Il existe en effet certaines variétés de fibromes qui ne sont pas justiciables de l'électricité : ce sont surtout les fibromes kystiques, les polypes fibreux et les tumeurs fibreuses sous-péritonéales pédiculées ou libres dans la cavité abdominale.

Sous le nom de fibromes kystiques, nous désignons ici seulement les tumeurs fibreuses dans lesquelles se développent des cavités kystiques assez grandes pour être reconnues par l'exploration clinique. Ce sont là des tumeurs dans lesquelles le kyste devient l'élément le plus important, et l'électricité ne peut avoir aucune action sur ce genre de néoplasme. Quant aux petits kystes, aux géodes qui se forment si souvent dans le sein des fibro-myômes, et que rien ne vient déceler cliniquement, car leurs dimensions restent toujours assez petites, nous n'en parlons pas : les tumeurs qui les supportent sont toujours considérées comme des tumeurs solides.

Les polypes fibreux, quand ils sont nettement pédiculés et faci-

lement reconnaissables à l'examen clinique, qu'ils soient entièrement intra-utérins, ou descendent dans le vagin, ne sont pas justiciables eux non plus du traitement électrique. D'ailleurs, l'ablation de la tumeur étant formellement indiquée dans ces cas, et d'une exécution le plus souvent facile et sans danger, d'ordinaire les tumeurs de ce genre ne sont même pas envoyées à la clinique électrothérapique.

Enfin les fibromes sous-péritonéaux à pédicules peu épais et plus ou moins allongés, et ceux qui sont libres dans la cavité abdominale, ne doivent pas être traités par l'électricité. En effet, dans ces cas, l'électrode introduit dans l'utérus ne peut avoir aucune action sur une tumeur qui est tantôt presque entièrement séparée de lui, tantôt absolument indépendante.

Dans toutes les autres variétés de fibromes nous avons employé le traitement électrique. Qu'il s'agisse d'utérus dont certains points semblent seuls avoir subi la dégénération fibromateuse, ou de tumeurs véritables, depuis les plus petites jusqu'aux plus volumineuses, qu'elles soient interstitielles, sous-muqueuses ou sous-péritonéales, toutes nous ont paru pouvoir bénéficier du courant galvanique, à condition cependant que la tumeur, quelle que soit sa forme, ait une large base de communication ou d'implantation sur la paroi utérine. Nous verrons du reste plus loin, en étudiant les résultats que nous avons obtenus, que les véritables indications résultent moins de la variété anatomique et de la forme de la tumeur fibreuse que de l'existence ou de l'absence de certains phénomènes fonctionnels.

Dispositif instrumental.

Le dispositif dont nous nous sommes servi nous paraît le plus simple qui puisse être utilisé. L'électromoteur devant donner les courants absolument continus nécessaires se compose d'une batterie de piles Leclanché modifiée, construite sur l'indication de l'un de nous.

Cette batterie est formée d'éléments à grande surface pouvant fournir sans polarisation sensible toutes les intensités que réclame la thérapeutique électrique. Cet élément, utilisé en particulier depuis 5 ans dans la clinique électrothérapique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux et dans le laboratoire de physique médicale de la Faculté de médecine, n'a cessé de donner entière satisfaction[1].

Les constantes de cet élément sont les suivantes : force électromotrice égale à 1, 45 volt, résistance intérieure égale 1, 1 ohm.

1. Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par J. Bergonié et E.-J. Moure, p. 53.

Ces données permettent de calculer que, dans les conditions du travail maximum, l'élément pourrait fournir 659 milliampères; c'est beaucoup plus qu'il n'en faut dans le cas des applications électriques qui nous occupent.

Un nombre de ces éléments plus que suffisant pour donner le voltage nécessaire est monté en tension et constitue la batterie; ce voltage n'a jamais dépassé 70 volts.

Le pôle positif de cette batterie est réuni aux bornes d'un galvanomètre Deprèz-d'Arsonval ancien modèle, dont la graduation a été vérifiée avec soin. A ce galvanomètre est joint un shunt qui permet de donner à chaque degré de l'échelle galvanométrique les valeurs de : 0,1 mA, 1 mA, et 10 mA; du galvanomètre le courant est conduit par un fil souple jusqu'à l'électrode devant pénétrer dans l'utérus.

Les électrodes utérines dont nous nous sommes servi ont toujours été formées d'une partie active inaltérable et d'une partie isolée. Ce fut d'abord l'hystéromètre électrique du docteur Apostoli, puis ensuite les hystéromètres à bout de charbon que l'on trouve chez les constructeurs, enfin dans certains cas, lorsqu'on avait affaire à des cavités utérines dilatées, nous nous sommes servi d'un hystéromètre particulier formé essentiellement de 2 petites cuillers de platine, rapprochées pour la pénétration à travers le col et s'écartant ensuite l'une de l'autre jusqu'au contact de la paroi utérine.

Le pôle négatif de la batterie était joint à un rhéostat destiné à graduer l'intensité du courant qui doit être utilisé. On sait que cet emploi du rhéostat tend aujourd'hui et avec raison à prédominer sur l'emploi de collecteurs d'éléments. Les avantages principaux sont, entre autres, la graduation insensible du courant et une simplicité très grande du montage de la batterie. Les rhéostats doivent remplir certaines conditions théoriques et pratiques inutiles à énumérer ici, mais que remplit, croyons-nous, le rhéostat utilisé dans la clinique électrothérapique de Bordeaux.

Du rhéostat le courant est conduit par un fil souple jusqu'à l'électrode négative indifférente, destinée à être placée au niveau de l'abdomen de la malade en traitement.

Cette électrode abdominale est construite très simplement de la façon suivante : une large plaque elliptique de cuivre mince est rendue légèrement concave de façon à pouvoir s'adapter sur la paroi abdominale; les bords de cette électrode sont soigneusement isolés d'un côté à l'autre au moyen d'une bandelette de caoutchouc. Un matelas de gaze hydrophile, épais d'un cm. à peu près, est ensuite fixé sur la face concave et le tout est recouvert de toile

solide cousue à la plaque de cuivre. L'extrémité du fil conducteur est fixé à une borne soudée sur la face convexe.

On peut avoir plusieurs de ces plaques abdominales qui sont souples et légères (nous en avons en aluminium) et de surface différente. Celle dont nous nous servons habituellement a 40 cm. suivant le grand axe (ligne bi-iliaque) et 35 cm. suivant le petit axe (ligne pubo-xyphoïdienne). La surface utile est dans ce cas-là à peu près de 1000 cm carrés.

Le circuit complet comprend donc l'hystéromètre, le galvanomètre, la batterie, le rhéostat et l'électrode indifférente abdominale, — tous ces appareils étant réunis électriquement en tension. La malade en traitement complète le circuit.

Méthode employée.

La méthode d'électrisation que nous avons employée a toujours été la même dans les cent observations qui sont la base de ce travail. C'est celle de l'électrolyse monopolaire positive que les travaux de M. Apostoli ont si puissamment contribué à faire connaître. On sait que, dans cette méthode, l'électrode active introduite jusque dans la cavité intra-utérine est pôle positif. A la clinique on se sert pour pratiquer plus sûrement ce cathétérisme d'un spéculum, et c'est celui de Fergusson qui a notre préférence; car en outre de l'éclairage parfait qu'il donne, il a au point de vue électrique, une qualité importante, celle d'être tout à fait isolant. Tout risque d'électrolyser la muqueuse vaginale par suite du contact de cette muqueuse avec la partie non isolée de l'hystéromètre électrique cesse donc par cette pratique. L'on surveille de plus bien mieux la marche de l'opération et l'on peut être témoin de certains phénomènes tels que : changement de coloration, formation de caillot, écoulements divers, qui auraient échappé avec d'autres pratiques.

L'hystéromètre électrique étant introduit dans la cavité utérine, et l'électrode abdominale bien imbibée d'eau chaude étant mise en place et maintenue par une courroie élastique, le courant passe. Mais le rhéostat régulateur lui opposant une énorme résistance, son intensité est très faible (quelques dixièmes de mA habituellement). Si l'on vient alors à diminuer lentement la résistance du rhéostat, le courant croit progressivement d'une manière continue et sans à-coup jusqu'à l'intensité voulue par l'opérateur. Lorsque le temps du passage du courant est jugé suffisant, le retour au zéro se fait de la même manière.

Les intensités du courant dont nous nous sommes servi ont beaucoup varié, comme on peut s'en rendre compte dans le tableau

récapitulatif de nos observations joint à ce mémoire. Cependant les chiffres extrêmes sont 25 et 200 mill. Il nous a semblé qu'au delà de cette intensité maxima les malades supportaient en général mal leur électrisation.

Après chaque application, les précautions antiseptiques nécessaires étaient prises. Un lavage vaginal avec la solution de sublimé à 1 1/2 pour 1000 était fait très abondant; nous n'avons d'ailleurs jamais observé aucun accident attribuable à l'infection.

Les malades ayant subi l'application du traitement électrique étaient condamnées au repos le plus absolu dans la soirée qui suivait le traitement.

Analyse des résultats.

On peut tirer de nos observations, suivant qu'on les groupe de telle ou telle manière, des résultats plus ou moins intéressants. Notre but étant d'apporter au traitement électrique des fibromes des nouveaux documents, c'est à ce point de vue que nous voulons seulement interpréter nos résultats.

Comme nous l'avons dit au début, les 100 observations formant la base de ce travail sont absolument comparables entre elles, car on s'est toujours servi de la même méthode appliquée à des cas de même nature. Or, ce qu'il importe de savoir au sujet du traitement électrique des fibromes, c'est: 1° si la tumeur rétrocède sous l'influence du traitement et diminue de volume ; 2° si les troubles fonctionnels principaux — douleur et hémorragie — sont améliorés ou supprimés; enfin 3° si l'état général des malades habituellement très affaiblies par l'affection se relève sous l'influence du même traitement. Ce sont ces points de vue qui nous ont guidé dans l'analyse de nos résultats.

Sur ces 100 observations, 64 ont trait à des fibromes volumineux. Sur ces 64, l'on a constaté 7 fois une diminution manifeste du volume de la tumeur, soit 10 0/0 environ de succès à ce point de vue.

Sur ces 100 observations, 90 ont trait à des fibromes accompagnés d'hémorragie. Sur ces 90 cas hémorragiques, l'on a constaté 81 fois l'arrêt ou la diminution de ce symptôme sous l'influence du traitement, soit 90 0/0.

Sur ces 100 observations, 41 sont des cas de fibromes accompagnés de douleur. Sur ces 41 cas de fibromes douloureux, 22 ont éprouvé une amélioration ou une disparition de ce symptôme, soit 50 0/0 environ.

Enfin nous trouvons, parmi ces 100 observations, 63 cas dans lesquels le mauvais état général des malades est signalé parmi les

principaux symptômes. Sur ces 63 cas, on a obtenu 50 fois une amélioration de ce symptôme, soit 79 0/0.

Conclusions.

Ces faits nous paraissent démontrer :

1° Que le traitement électrique des fibromes utérins d'après la méthode employée décrite plus haut est surtout un palliatif efficace dans les cas de fibromes hémorragiques (90 0/0);

2° Qu'il agit favorablement aussi sur l'état général (79 0/0);

3° Que les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous son influence (50 0/0);

4° Enfin que son action au point de vue de la diminution du volume de la tumeur n'est que rarement efficace (10 0/0).

Hystérectomie abdominale partielle dans les fibro-myômes utérins. Traitement intrapéritonéal du pédicule,

Par le Dr Dubourg, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Jai eu l'occasion, dans le courant de l'année dernière, de pratiquer quatre fois, dans mon service de l'hôpital Saint-André, l'*hystérectomie abdominale partielle*, pour corps fibreux de l'utérus. Dans trois cas, le pédicule a été abandonné dans la cavité abdominale. Une seule fois (obs. III), j'ai cru devoir le fixer à la paroi. Les quatre cas ont été suivis de succès. Je vous demande la permission de vous les exposer brièvement, avec quelques réflexions à l'appui, et les règles opératoires que j'ai cru devoir suivre.

Observation I. — *Fibrome utérin.* — *Hystérectomie abdominale.* — *Traitement intra-péritonéal du pédicule.* — *Guérison.*

Femme de quarante-deux ans, entrée dans mon service le 30 mars 1892. Réglée à quatorze ans. Pas de grossesses. Rien de particulier jusqu'à trente-six ans, époque où commencent les *métrorragies*.

A quarante ans, augmentation du volume du ventre.

De juin 1891 jusqu'à février 1892, *traitement électrique*. Diminution des douleurs, mais aucune action sur les hémorragies ni sur le volume de la tumeur, qui continue à croître.

A son arrivée, en *mars* 1892, l'examen local permet de reconnaître un *fibro-myôme* du volume d'une tête d'adulte, assez mobile, paraissant développé aux dépens de la paroi antérieure; l'hystéromètre se dirige en arrière. Mensuration : 14 centimètres.

En *avril*, les troubles fonctionnels se sont aggravés, faiblesse plus

grande, troubles dyspeptiques, constipation, quelques vomissements, mictions plus fréquentes, coliques, douleurs lombaires, urines troubles, pas d'albumine, mais diminuée de quantité (700 grammes en vingt-quatre heures).

Le 28 avril, opération.

Incision commençant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, jusqu'à la symphyse pubienne.

La main, plongée en arrière de la tumeur, l'entraîne au dehors. Quatre pinces de Richelot sont placées, *deux de chaque côté*, sur les ligaments larges.

Incision entre ces deux pinces, un fil de fer recuit, solide, monté sur le *serre-nœud de Cintrat*, entoure la base de la tumeur, au-dessus du col, et est fortement serré, en prenant bien soin de ménager la *vessie*.

Broche placée un peu au-dessus, pour éviter le dérapage de la portion étreinte.

Incision semi-elliptique en avant et en arrière, formant deux lambeaux, à 4 centimètres au-dessus de l'anse métallique, puis *excision* rapide de la masse fibreuse.

Moignon traversé *d'avant en arrière* par une forte aiguille droite munie d'un double catgut n° 8; double ligature latérale, après entrecroisement des fils.

Un autre fil double est placé de droite à gauche, *dans le sens transversal*, et est lié de la même façon. *Ablation* de l'anse métallique et de la broche.

Évidement du fond de la plaie utérine, excision de la muqueuse, et attouchement au thermocautère, puis au chlorure de zinc à 1 dixième, saupoudrage d'iodoforme; un premier plan de sutures au catgut rapproche et tasse le tissu utérin; un deuxième plan l'*encapuchonne complètement*, en affrontant parfaitement les deux plans séreux, ménagés sur chaque face du moignon.

Chemin faisant, et pour plus de sûreté, nous avons lié les extrémités des artères utérines.

Les fils de catgut, qui nous avaient servi à maintenir le pédicule, étant sectionnés au ras, et la toilette de ce dernier terminée, *nous l'abandonnons dans la cavité abdominale*.

Ligature en chaîne des ligaments larges au delà des annexes enlevées. Toilette rapide du péritoine, et suture de la paroi suivant le procédé habituel, sans drainage.

Le 29, température, 38°. Quelques vomissements aqueux, un peu bilieux dans la soirée, langue épaisse, saburrale. Ventre pas douloureux, pas ballonné. Pouls à 76.

Le 30, 20 grammes d'huile de ricin.

Le 1er mai, température normale, tous les accidents se dissipent :

Le 6, ablation des points de suture, petit abcès à la partie inférieure de la plaie.

Le 11, malade en très bon état, l'abcès est presque cicatrisé. Sort de l'hôpital un mois après complètement guérie. Revue depuis plusieurs fois. État général excellent.

Examen des pièces :

Tumeur piriforme, surfaces lisses, avec bosselure de la grosseur d'une noix sur sa face antérieure;

Mesure 18 centimètres de haut en bas sur la ligne médiane, 22 centimètres d'une trompe à l'autre.

Poids, 2 kil. 600.

Trompe et ovaire gauches sains.

Ovaire droit kystique.

Obs. II. — *Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale. — Traitement intra-péritonéal du pédicule. — Guérison.*

Femme de cinquante-deux ans, tailleuse, entrée dans mon service le 27 février 1892.

Réglée à douze ans.

A vingt-cinq ans, 1re grossesse, menstruation persiste pendant toute sa durée, accouchement à terme et facile.

A trente et un ans, 2e grossesse, avortement à cinq mois;

A trente-deux ans, 3e grossesse, avortement à trois mois;

A trente-neuf ans, 4e grossesse, accouchement à sept mois (forceps).

Particularité à signaler : les règles n'ont jamais cessé pendant l'évolution des différentes grossesses. La dernière a été provoquée à sept mois, à cause des hémorragies graves survenues à cette époque.

A partir de quarante-deux ans, les *métrorragies* se succèdent et affaiblissent considérablement la malade. Constipation opiniâtre, mictions fréquentes. Pesanteur dans le ventre. Apparition d'une *tumeur* du volume du poing au-dessus du pubis.

A son arrivée, en février 1892, la palpation du ventre fait reconnaître l'existence d'une *tumeur piriforme*, située sur la ligne médiane, et remontant jusqu'à l'ombilic. Tumeur dure, régulière, indolore, facilement mobilisable. Le col effacé, porté en arrière, suit tous les mouvements de la tumeur.

Hystéromètre se dirige *en arrière* et *à gauche*. Mensuration : 10 centimètres.

Diagnostic : fibrome interstitiel.

Traitement. — Injections sous-cutanées d'ergotinine. Injections vaginales chaudes. Toniques.

11 juin. — *Laparotomie.*

Même manuel opératoire que dans l'observation précédente.

Le pédicule, traité de la même façon, *a été abandonné dans la cavité abdominale.*

Pas de drainage.

Suites opératoires très simples. Les premiers jours, un peu de balonnement du ventre. État saburral très accusé de la langue, le tout disparaît avec 20 grammes d'huile de ricin administrés le quatrième jour. La température n'a pas dépassé 38°.

18 juin. — Toutes les sutures sont enlevées, réunion complète.

La malade part dans le milieu de juillet, il y a un peu d'*éventration*, qu'on maintient par une ceinture. Revue depuis plusieurs fois. Très bon état général.

Examen des pièces : fibrome interstitiel de la paroi antéro-latérale gauche de l'utérus. Poids, 1 kil. 500. Annexes droites saines. Ovaire kystique à gauche.

Obs. III. — *Fibrome utérin. — Fibrome intra-ligamentaire. — Hystérectomie abdominale. — Traitement extra-péritonéal du pédicule. — Guérison.*

Femme de quarante-trois ans, entrée à l'hôpital Saint-André le 25 mai 1892, service du Dr Dubourg.

Réglée à treize ans.

Deux fausses couches, l'une de six mois, l'autre de sept. Pas d'accidents consécutifs.

Il y a sept ans, à l'âge de trente-six ans, début d'*hémorragies utérines*, abondantes et répétées. Elles ont continué depuis, en alternant avec des pertes aqueuses abondantes (*hydrorrée*).

Il y a trois ans, apparition d'une tumeur du volume du poing, assez mobile, au-dessus du pubis, ayant notablement augmenté depuis quelques mois.

État actuel : anémie extrêmement accentuée. Amaigrissement très marqué; œdème des membres inférieurs, douleurs abdominales et lombaires, anoréxie complète, constipation opiniâtre, mictions fréquentes. Pas d'albumine.

Examen local. *Existence d'un double fibrome*, l'un occupant le *corps de l'utérus*, du volume de deux poings, très mobile; l'autre, du même volume à peu près, immobile *dans le ligament large du côté droit*, où il paraît inclus.

23 juillet. — *Laparotomie.*

L'*utérus fibromateux* est attiré au dehors, et maintenu par un aide. Le ligament large droit est occupé par une tumeur lisse, rénitente, volumineuse, allant en haut jusqu'au bord supérieur de l'os iliaque, en arrière jusqu'au rectum, refoulant en dedans le péritoine qui tapisse la face latérale droite du petit bassin. La tumeur semble remonter en arrière et en haut vers le mésentère. Elle est absolument immobile, et réunie à l'utérus par un pédicule épais d'un travers de doigt.

Sur ce pédicule je place de suite deux pinces de Richelot, et j'incise entre les deux pinces.

Les *annexes gauches* sont en prolapsus complet dans ce qui reste du cul-de-sac de Douglas, et maintenus là par des adhérences solides. Plusieurs petits kystes de l'ovaire sont rompus dans les tentatives d'extraction; enfin il existe dans ce même point une tumeur rouge, fluctuante, adhérente de tous côtés, et qu'il est impossible de désenclaver. *Ponctionnée*, elle laisse écouler une grande quantité d'un liquide très fluide, un peu jaunâtre, et qui paraît provenir d'une des trompes en prolapsus, et atteinte d'*hydrosalpinx*. Je note en passant cette particularité, coïncidant avec l'*hydrorrhée intermittente* signalée déjà chez cette malade.

La tumeur utérine est traitée comme je l'ai déjà indiqué au cours des observations précédentes, enserrée dans un lien métallique, rapidement enlevée, et le pédicule lié *au catgut* de la même façon. Ablation de tous les débris des trompes, des ovaires, et de la poche kystique. Ligatures

multiples en chaîne et au catgut. Je ne touche pas à la *tumeur intra-ligamentaire* dont l'ablation me paraît devoir être très laborieuse et singulièrement compliquer l'opération. Toilette du petit bassin. Le moignon utérin, très large, n'a pu être suturé comme dans les cas précédents, il est attiré au niveau de la plaie abdominale et *fixé* par quelques points de sutures, à la soie, *à sa partie inférieure*. Deux mèches de gaze au salol sont placées de chaque côté et plongent jusque dans l'excavation pelvienne. Suture des parois au-dessus, par étages, comme d'habitude.

Suites opératoires simples, ablation des mèches huit jours après, époque du premier pansement. Le 10 septembre, la malade est complètement rétablie. (Le pédicule a guéri par bourgeonnement, sans élimination.) Je l'ai revue plusieurs fois depuis. Plus d'hémorragies. Bon état général. La *tumeur ligamentaire* a sensiblement *diminué de volume*. Plus de phénomènes de compression, ni gêne, ni douleur.

L'*hydrorrée intermittente*, signalée chez cette malade, et coïncidant avec un *hydrosalpinx* retrouvé au cours de l'opération, a fait l'objet d'un mémoire d'un de mes internes, M. Eugène Pépin : *Etude sur la pathogénie de l'hydrorrée des fibro-myômes utérins*, communiqué à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le 9 décembre 1892 [1].

Cette observation montre également qu'on peut quelquefois faire des opérations incomplètes, dans les cas de fibro-myômes multiples, et que malgré cela les malades en retirent un bénéfice indéniable.

Obs. IV. — *Fibrome utérin interstitiel. — Hystérectomie abdominale. — Traitement intra-péritonéal du pédicule. — Guérison.*

Femme de quarante ans, journalière, entrée dans le service du Dr Dubourg dans les premiers jours de juillet.

Réglée à quinze ans. Deux accouchements normaux, le dernier remontant à dix-neuf ans.

Les métrorragies ont commencé il y a huit ans. Depuis deux ans, pertes presque continuelles.

Constipation habituelle, mictions fréquentes, douleurs pelviennes, amaigrissement et anémie très marqués.

A l'examen, tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, dure, bosselée, médiane, remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis, ayant depuis quelques mois, au dire de la malade, notablement augmenté. Cavité utérine, 10 centimètres et demi.

Électrolyse intra-utérine pendant trois mois n'ayant amené aucune amélioration.

Opération le 25 juillet : *hystérectomie abdominale* suivant mon procédé habituel. *Toilette* et *suture du pédicule* comme dans les deux premières observations. Ablation des annexes saines. Hémorragie en nappe assez

1. Voir aussi la thèse de Nègre, Bordeaux, 1893.

considérable, m'oblige à mettre une mèche de gaze salolée, plongeant jusque dans le cul-de-sac de Douglas, et passant au-dessus du pédicule *abandonné dans la cavité abdominale.*

30 juillet. — Premier pansement, ablation de la mèche, suivie d'un écoulement de sang noirâtre très abondant, pas de pus. Nouvelle mèche à la *Mikulicz.*

10 août. — Encore un peu de sang, même pansement. Sutures enlevées.

15 août. — Suppression du drainage.

20 août. — Guérison avec petit trajet fistuleux.

19 septembre. — Guérison complète.

En principe, le *traitement des fibro-myômes utérins*, quand ils atteignent un certain volume, et sous certaines réserves que je formulerai tout à l'heure, me paraît devoir être l'*hystérectomie abdominale.*

Les *indications* peuvent être ainsi définies :

Hémorragies abondantes et n'ayant pas cédé à d'autres moyens;

Accroissement rapide de la tumeur;

Phénomènes de compression sur les organes du voisinage — parmi lesquels l'*appareil urinaire* doit passer en première ligne, — puis les crises douloureuses.

Le trop grand âge de la malade, un état de faiblesse très avancé, le volume trop considérable de la tumeur, des adhérences étendues et profondes (quoiqu'elles paraissent relativement exceptionnelles dans ces sortes de tumeurs, même les plus volumineuses), me paraissent devoir, dans une grande mesure, commander l'*abstention* — Il en serait de même s'il existait un état cachectique quelconque, ou des complications du côté d'organes importants (cœur, poumons, reins, etc.) qui sont une contre-indication absolue.

Quand les indications opératoires *ne sont pas pressantes*, on pourra s'adresser d'abord à l'*électrolyse intra-utérine*, qui a donné quelquefois des résultats heureux, au point de vue de l'arrêt des hémorragies, mais qui, rarement, a pu enrayer la marche en avant du processus. L'influence heureuse de la *ménopause* dans quelques cas *exceptionnels* ne doit pas non plus nous laisser tout à fait indifférents.

Ces réserves faites, c'est à l'*hystérectomie abdominale* que je m'adresserai de préférence. Et j'entends ici l'*hystérectomie partielle, supra-vaginale.*

En ce qui concerne le traitement du *pédicule*, la méthode *intra-péritonéale* me paraît devoir être considérée comme le procédé de choix. Seuls, la difficulté de constituer un moignon convenable, ou tel incident qui pourrait faire naître des doutes sur la

simplicité des suites opératoires (larges déchirures des ligaments, hémorragies en nappe difficiles à arrêter, blessures de la vessie ou du rectum) pourraient modifier cette ligne de conduite.

Dans le premier cas, impossibilité de faire une toilette complète du pédicule, on en fixera la collerette séreuse au péritoine pariétal et à la paroi elle-même, par quelques points de suture à la soie (traitement extra-péritonéal). Pour les autres complications, on s'adressera au drainage à la Mikulicz que j'ai toujours fait par la partie inférieure de la plaie opératoire.

Le traitement *intra-péritonéal* étant admis, le plus simple, à mon avis, consiste dans l'application d'une *ligature métallique temporaire* avec le serre-nœud de Cintrat; une *broche* passée au-dessus empêche le glissement du lien métallique. Après l'amputation de la tumeur, on procède à la ligature du moignon avec deux gros fils de catgut double, disposés *en croix*, suivant la méthode que j'ai décrite dans ma première observation; ablation de l'anse métallique, et suture à *plans superposés* du moignon, après toilette faite.

Cette méthode me paraît offrir plusieurs avantages. Elle ne laisse pas, comme avec le *lien élastique*, proposé par Olshausen, un corps étranger qui laisse toujours quelque préoccupation à son sujet. Il est difficile, d'autre part, de mesurer le *degré de constriction* qu'on doit lui donner : trop serré, il peut amener le sphacèle du moignon; pas assez, il peut lâcher et amener une hémorragie intra-abdominale.

La ligature au catgut, comme je la pratique, divise le moignon en quatre segments, elle ne peut pas déraper. Il n'est pas besoin d'en serrer le nœud outre mesure — une tension modérée suffit, d'autant que j'ai le soin de jeter une petite ligature perdue sur chacune des *utérines* et que l'hémostase est complétée par la suture du moignon lui-même.

La vitalité future du moignon me paraît ainsi beaucoup plus assurée qu'avec toute autre méthode. La terminaison heureuse et rapide, sans complication aucune, dans les quatre faits que je vous ai apportés, vient à l'appui de ce que j'avance.

Je ne parle pas, à dessein, de l'*hystérectomie abdominale totale*, dont je n'ai aucune expérience personnelle. Mais en présence des succès que m'a donnés l'autre méthode, je la réserverai, de préférence, *à certains cas exceptionnels*; par exemple, quand le col est envahi, qu'il y a hypertrophie telle des tissus, que toute confection ultérieure d'un moignon paraît devoir être *impossible*.

Et même dans ces cas difficiles, en présence de complications imprévues, d'adhérences trop étendues, et surtout tant que les règles de l'hystérectomie totale ne seront pas mieux établies et

mieux précisées, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux s'abstenir et faire simplement, *et si possible, la castration ovarienne.* — C'est toujours à cette dernière qu'on devrait recourir si, en cours de route, on se trouvait en présence de difficultés paraissant devoir compromettre outre mesure le succès opératoire et la vie de la malade.

Hystérectomie totale en un temps par la voie abdominale, facilitée par l'emploi d'un appareil à traction,

Par le Professeur Auguste Reverdin (de Genève).

Lorsque j'appris que serait mise en discussion, dans ce congrès, la question si intéressante des fibromes utérins, je me promis de vous dire ce que j'ai fait dans le but d'en faciliter l'extirpation.

Je vous dirai tout d'abord que la voie abdominale m'a toujours paru la plus rationnelle, la plus directe, lorsqu'il s'agit d'attaquer des tumeurs de l'utérus dépassant un certain volume et développées non dans la cavité de l'organe, mais dans l'épaisseur de ses parois.

Je laisserai de côté les tumeurs susceptibles d'être extraites par les voies naturelles, comme aussi celles qu'il est possible d'énucléer après la laparotomie préalable.

Je n'entends donc parler que des fibromes inséparables de l'utérus et qu'il faut par conséquent enlever avec lui.

Lorsqu'en raison de symptômes graves, menaçant la vie, on se décide à intervenir dans ces circonstances, deux méthodes principales se partagent la faveur des chirurgiens : l'*hystérectomie totale* et l'*hystérectomie partielle.* Laquelle de ces deux manières de procéder mérite, *a priori*, la préférence?

Telle est la grave question qui a été et sera sans doute encore souvent débattue devant vous.

En supposant que le problème soit proposé à un pathologiste quelconque, non spécialisé dans la chirurgie, sa réponse ne se ferait sans doute pas attendre.

« Pourquoi, dirait-il, conserver quelque partie d'un organe dont la fonction est supprimée? »

Et le chirurgien de répondre, s'il est sincère :

« Nous ne conservons que ce qu'il est impossible ou trop périlleux d'enlever! »

Tel est bien, en effet, le vrai nœud de la question. — On garde un pédicule parce qu'on ne peut faire autrement!

Reste à savoir si le dernier mot a été dit sur le sujet; si ce jugement est sans appel!

Le moignon formé par la partie inférieure de l'utérus est au moins inutile, souvent dangereux. — Je n'en veux pour preuve que le soin jaloux avec lequel on s'efforce de l'amoindrir par tous les moyens possibles. On l'évide, on le creuse, on le réduit par des sutures profondes et superficielles; on l'écrase dans des anses métalliques ou dans des liens de caoutchouc.

Le désir de se débarrasser de lui en le mettant à la porte de la cavité péritonéale, voire même de l'abdomen, est tel que, non content de le fixer dans la plaie, ou de le recouvrir avec la séreuse, on a proposé de le faire basculer dans le vagin en ouvrant le cul-de-sac de Douglas!

Toute la chirurgie relative à l'hystérectomie évolue depuis des années autour de ce malheureux pédicule; et sa préoccupation constante est toujours de se protéger contre lui.

Dernièrement encore, M. Péan proposait, une fois l'hystérectomie sus-vaginale achevée, d'extirper le col par le vagin.

Martin, de Berlin, pour gagner du temps et éviter des causes d'infection, confie à un assistant cette opération complémentaire.

L'extirpation *totale en deux temps* conduit sans doute au résultat : la suppression du pédicule, mais au prix de quels efforts!

Quel dérangement, quelles évolutions après une première opération déjà longue et difficile!

Il faut déplacer la malade, chercher le col, l'attirer, le circonscrire par une incision, parer à l'hémorragie, etc.

On conviendra qu'il est bien préférable, si la chose est possible, d'achever l'opération par la voie déjà ouverte, plutôt que de tourner la difficulté en attaquant par le vagin.

Cette opération en deux temps est, au pis aller, une ressource à laquelle on pourra songer s'il n'est pas possible de s'en tirer autrement.

L'espoir d'enlever l'utérus en totalité par l'abdomen a toujours hanté le cerveau des chirurgiens.

Des procédés plus ou moins heureux ont été successivement proposés et ont donné quelques succès. M. Doyen, de Reims, a publié onze cas d'hystérectomie totale, couronnés dix fois de succès.

M. Guermonprez a extirpé deux utérus avec fibromes par la voie abdominale.

M. Lanelongue (de Bordeaux) a réussi également dans une entreprise semblable. Quelques opérateurs ont encore obtenu de

pareils succès, et cependant, malgré ces résultats encourageants, la méthode n'entre guère dans la pratique : on ne conclut pas volontiers à l'opération radicale *en un seul temps*.

Les principaux obstacles qui s'opposent à l'extirpation totale d'un utérus envahi par des fibromes sont : le *volume*, le *poids* et les *adhérences*. Ajoutons encore la *situation encaissée au fond du petit bassin*, du segment inférieur de l'utérus. Si donc, par un moyen quelconque, on parvenait à *supprimer le poids*, à rendre *plus abordables les adhérences* et à *élever au-dessus du détroit supérieur* les parties sur lesquelles il s'agit d'opérer, on aurait déjà singulièrement simplifié la question.

Dans le but de vaincre ces résistances, on a coutume de charger un aide vigoureux de soulever la tumeur, de l'incliner en différents sens, de façon à obtenir le plus de jour possible, et à rendre accessibles des points d'attache éloignés, fort difficiles à atteindre.

Toutes ces manœuvres sont très pénibles, impossibles même à soutenir longtemps.

L'aide dont on exige tant d'efforts prend une place considérable, et n'obtient d'ailleurs que des résultats relatifs.

Ce qui est certain, c'est qu'il est aussi gênant pour l'opérateur que gêné par lui.

J'ai donc eu pour objectif de me passer de cet aide encombrant en le remplaçant par une machine infatigable et docile.

Permettez-moi de vous la décrire en deux mots.

Elle se compose d'une boucle fixée au plafond, boucle dans laquelle glisse une corde terminée par deux chaînettes. Ces dernières s'accrochent aux anneaux de la pince qui saisira la tumeur. Rien de compliqué par conséquent. Rien qui ne puisse se désinfecter aisément.

La pince qui saisit la tumeur doit être puissante; une grande pince de Museux suffira le plus souvent, car les fibromes ont cela de bon, que leur tissu, très résistant, supporte sans se déchirer de fortes tractions.

Mais ces conditions éminemment favorables pouvant faire défaut, il est important d'avoir à sa disposition un instrument capable de parer à tout.

J'ai fait construire une sorte de *pince forceps* dont les mors sont représentés par trois digitations, lesquelles compriment fortement la tumeur, comme le feraient les mains d'un aide.

Des ouvertures ménagées à différentes hauteurs, sur le doigt médian de cette pince, permettent d'y passer une forte broche qui traverse ainsi la tumeur de part en part.

Nous avons là un puissant moyen de fixation pour les cas où

un certain degré de ramollissement du fibrome nous ferait douter de sa solidité.

Enfin, il ne faut pas oublier que, plus on tire sur les branches de la pince, plus ses mors ont de tendance à se rapprocher, par conséquent à étreindre la masse saisie.

Voyons maintenant la manière de procéder.

Dès que l'incision de la paroi abdominale est suffisante pour permettre d'aborder aisément le fibrome, on le saisit aussi bas que possible avec la pince. Cette première prise est le plus souvent définitive. Les branches de l'instrument seront placées, autant que possible, suivant le diamètre antéro-postérieur de la tumeur. De cette façon la zone des ligaments larges, sur laquelle vont porter les premiers efforts, reste libre et peut être facilement attaquée.

Dès qu'on a la sensation que la pince a mordu dans une masse capable de supporter, sans se rompre, un sérieux effort, on fait tirer sur la corde.

Cette première traction verticale a déjà un effet marqué. Elle élève la tumeur de manière à faciliter le placement des pinces sur les ligaments larges, qu'on divise de proche en proche, au fur et à mesure qu'on descend le long des flancs de la tumeur.

On sectionne de la sorte, en ayant soin de couper toujours entre deux pinces, toutes les adhérences qui se présentent, tantôt à droite, tantôt à gauche.

L'aide qui exerce les tractions ne les exécute que d'après les ordres de l'opérateur, car il est placé trop au second plan, pour juger par lui-même de l'effet qu'il produit.

Ce rôle purement mécanique peut donc être confié à une personne entièrement étrangère à la chirurgie, n'ayant par conséquent aucune tendance à faire intervenir son appréciation; ce qui est un précieux avantage. Arrivé au niveau de la vessie, il faut la dégager. Les mains ou un instrument mousse y suffisent le plus souvent; le bistouri cependant peut devenir nécessaire et dans ce cas il faudra savoir tourner son tranchant du côté du tissu utérin.

Plus on descend le long de la matrice, plus il faut se rapprocher d'elle, afin de réserver sur ses faces antérieure et postérieure, assez de péritoine pour pouvoir recouvrir le vide qui résultera de l'ablation totale de l'organe.

Une dernière traction amène bientôt le col à une hauteur tout à fait imprévue. On le cherche encore dans le fond du bassin alors qu'il est déjà notablement plus haut. Cette élévation artificielle amène le col pour ainsi dire sous la main, aussi rien n'est plus aisé que de glisser sur lui la lame du bistouri et de pénétrer

dans le vagin. Un sifflement très net se produit au moment où l'air s'introduit dans ce conduit. Dès lors, la partie est gagnée, car il suffit de contourner le col en le détachant de ses insertions, pour que l'extirpation totale soit achevée.

Utérus et tumeur, toujours suspendus à l'appareil, s'élèvent et quittent la cavité abdominale, tandis que le vagin séparé d'eux, a une tendance marquée à descendre pour reprendre sa place normale. Mais nous avons de quoi l'en empêcher! Ce sont les quelques pinces à forcipressure que nous avons eu soin de placer sur les bords au fur et à mesure de leur section.

Ces instruments qui ont assuré tout à l'heure l'hémostase, vont nous permettre de maintenir le vagin *pendant que nous le fermerons hermétiquement par quelques points de suture.*

Reste encore à réparer les délabrements que l'extirpation a forcément imposés au péritoine. On y parvient en adossant les feuillets des ligaments larges déchirés, au moyen d'une suture continue au catgut.

C'est encore par quelques points de suture que nous réunissons les lambeaux que nous avons ménagés lors de la dissection de la portion inférieure de l'utérus.

Lorsque ce travail minutieux est achevé, nous avons une ligne de sutures transversale qui ferme absolument le vase péritonéal.

Il ne reste donc : ni pédicule, ni solution de continuité au vagin non plus qu'au péritoine. Seul un espace mort, de peu d'étendue et qu'il est possible de réduire par des sutures perdues, existe encore, pour ainsi dire à l'état virtuel, entre le péritoine et le vagin restaurés. C'est lui que j'ai jugé prudent de drainer au moyen de deux tubes de caoutchouc qui ressortaient par l'angle inférieur de la plaie. Je crois néanmoins qu'à l'avenir je m'en passerai.

Quant à la cavité abdominale, il n'est pas plus nécessaire de la drainer qu'à la suite d'une ovariotomie bien conduite.

Les avantages du procédé que je vous propose résident surtout dans :

La simplicité de l'appareil;

Sa force;

Le peu de place qu'il occupe;

La possibilité de diriger les tractions dans toutes les directions, tout en réglant exactement leur puissance;

L'économie d'un aide;

Les attouchements beaucoup moins nombreux que par d'autres procédés;

Et, par-dessus tout, la hauteur à laquelle le vagin peut être amené.

Toutes ces raisons concourent à raccourcir très notablement la durée de l'opération.

J'ajouterai encore que, grâce aux tractions qui les allongent tout en diminuant leur calibre, les vaisseaux nous ont paru donner moins de sang qu'à l'état normal.

Je n'ai pas la prétention, cela va sans dire, de vous présenter ce procédé comme une panacée susceptible de répondre à toutes les indications sans exception.

Le chirurgien capable de guérir, par un moyen unique, toutes les variétés de fibromes utérins, n'est pas encore venu!

Mais, j'ai cependant l'intime conviction de vous recommander aujourd'hui un moyen sûr de mener à bien, *dans le plus grand nombre de cas, l'extirpation totale de l'utérus, en un seul temps, par la voie abdominale!*

J'ai pratiqué deux fois l'opération *telle que je viens de la décrire.* Les observations en ayant été déjà publiées, je me bornerai à les rappeler en quelques mots.

La première est relative à une femme de trente-sept ans, plupare, épuisée par des hémorragies continuelles. La tumeur pesait 6 kilos 400.

L'opération, y compris la narcose et le pansement, dura une heure 50 minutes.

Vingt-six jours après, la malade faisait cinq heures de voiture pour rentrer chez elle.

La santé est aujourd'hui parfaite.

L'opération date du 11 mai 1892.

La seconde a trait à une femme de trente-deux ans, nullipare, laquelle avait déjà subi plusieurs interventions destinées à combattre d'abondantes pertes de sang dues à un fibrome utérin. Électricité, massage, discision puis suture de col, curettage, successivement mis en œuvre par divers médecins, furent inutiles.

La castration double ne donna elle-même qu'une amélioration passagère et présenta de sérieuses difficultés, car elle exigea, paraît-il, deux heures et demie de travail.

Lorsque je vis la malade, elle était dans un état de faiblesse extrême.

L'opération fut fixée au 28 septembre de l'année dernière. La tumeur était non seulement adhérente à une large cicatrice de la paroi abdominale, due à une ancienne salpingite suppurée, mais encore à plusieurs anses intestinales.

L'opération, y compris la narcose et le pansement, dura une heure 15 minutes.

La tumeur pesait 2 kil. 400 grammes.

La malade commençait à se lever le treizième jour, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Une chose digne de remarque et que j'avais déjà observée, quoiqu'à un moindre degré, à la suite de ma première opération, c'est un rétrécissement très marqué du vagin.

Je signale à votre attention cette modification imprévue et qui résulte sans doute de troubles apportés à la nutrition de l'organe, par les ligatures faites sur les vaisseaux qui alimentent le col et la portion supérieure du vagin.

Un cas qui peut être rapproché des précédents, est celui publié par le Prof. Schultze, d'Iéna. Il reçut, écrit-il, la description de mon procédé, à la veille d'une extirpation d'un gros fibrome, qui n'était pas sans lui donner quelque souci.

Pensant que mon appareil pourrait lui être utile, il l'installa dans sa salle d'opérations et put aisément enlever un utérus avec fibromes du poids de 6 kilos.

Il ne fit pas l'extirpation totale *absolue*, car il laissa un très court fragment du col. Sa malade quitta l'hôpital au bout de quarante jours, parfaitement remise.

Le Professeur Schultze conclut en ces termes :

« Tous les opérateurs qui ont extirpé de gros fibromes, savent les difficultés qu'a à vaincre l'assistant qui doit soulever la tumeur, et combien aussi cet assistant restreint la place dont dispose l'opérateur.

« Le procédé d'A. Reverdin fait disparaître tous ces inconvénients. Aussi, m'en référant à mon expérience personnelle, ne puis-je que le recommander très chaudement à mes collègues. »

Je ne saurais moins faire que d'accepter des conclusions aussi flatteuses, tout en formant le vœu que vous soyez à votre tour disposés à y souscrire.

Hystérectomie abdomino-vaginale, pour un myxo-fibrome de l'utérus; guérison,

Par le Dr Ed. Schwartz, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Dans l'hystérectomie pour corps fibreux volumineux, qu'il est impossible d'enlever par morcellement par la voie vaginale, la question du pédicule reste toujours, malgré les perfectionnements de l'hémostase, malgré les progrès de l'asepsie et l'antisepsie, le point litigieux. C'est de lui que partent toujours les complications graves qui compromettent le résultat opératoire immédiat et con-

tribuent pour beaucoup à la mortalité de l'hystérectomie abdominale.

Aussi pensons-nous que toutes les fois que la chose est possible, c'est à l'extirpation totale de l'utérus, et à la suppression du pédicule, que devra tendre le chirurgien. C'est dans ce sens qu'à notre avis doivent être dirigés tous nos efforts.

Deux manières de faire ont été employées : tantôt l'extirpation totale de l'utérus myômateux a été pratiquée, en totalité, par la voie abdominale; tantôt, au contraire, l'opération a été combinée de façon à enlever, par la laparotomie, la plus grande partie de la tumeur, quitte à retirer ensuite par le vagin le pédicule utérin constitué par le col et la partie encore attenante du corps. C'est à cette dernière méthode, préconisée surtout et exécutée d'abord par Péan, que nous nous sommes adressé dans le cas qne nous allons avoir l'honneur de vous rapporter comme contribution au traitement opératoire des gros fibromes de l'utérus.

Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans, C... M., qui entra à l'hôpital Cochin, le 23 juillet 1892, pour une tumeur abdominale, qui, dans les derniers temps, avait pris un développement très rapide.

Comme antécédents rien de très notable. La malade réglée à douze ans l'a toujours été très régulièrement depuis, mais chaque fois avec des douleurs plus ou moins violentes. Il y a environ un an elle fut prise subitement dans le bas-ventre et les reins de vives douleurs qu'elle attribua à un refroidissement; en frictionnant la région douloureuse, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur du volume de deux poings environ qui existait sur la ligne médiane et proéminait au-dessus du pubis.

A partir de cette époque, les règles devinrent de plus en plus abondantes comme durée et comme quantité, précédées et accompagnées de coliques très vives; dans les périodes intercalaires, elle souffre aussi, mais la douleur varie, c'est une sensation de tiraillement abdominal et lombaire. On lui a fait suivre un traitement consistant en injections très chaudes, prises d'ergotine; mais, malgré tout, la tumeur augmente rapidement; les forces de la malade diminuent, elle souffre de plus en plus, perd constamment quoique peu abondamment, maigrit et réclame une intervention qui lui permette de reprendre ses occupations.

A l'inspection, abdomen volumineux comme celui d'une femme enceinte de sept mois, aplati sur les flancs.

A la palpation, on trouve une tumeur dure, uniformément consistante, mobile, de forme régulièrement ovoïde, occupant la ligne médiane du pubis à l'ombilic qu'elle dépasse en haut de 2 travers de doigt environ; elle déborde de chaque côté et remplit complètement les flancs.

A la percussion, elle est mate partout.

Le *toucher* permet de constater que la malade est vièrge, que l'utérus est en connexion intime avec le néoplasme; le col existe et suit tous les mouvements imprimés à la tumeur abdominale.

Miction fréquente. Urines normales. Les dernières règles ont eu lieu

du 14 juillet au 23 juillet. Notre diagnostic fut : fibro-sarcome de l'utérus, et nous décidâmes de pratiquer l'hystérectomie totale.

Le *3 août*, après une toilette minutieuse du vagin et de la paroi abdominale, nous procédons à la laparotomie. La tumeur est en effet utérine ; on la libère de chaque côté en pinçant dans de grands clamps les ligaments larges ; ablation des trompes et des ovaires.

On constitue ensuite un pédicule à l'aide d'un tube en caoutchouc qui enserre le col libéré de la face inféro-postérieure de la vessie.

On coupe au-dessus du tube en caoutchouc, et le moignon restant en place est saisi à l'aide d'une forte pince à érigne, qu'on entoure de compresses stérilisées. Celle-ci est abandonnée dans le ventre qu'on recouvre de compresses, mais sans le refermer.

Séance tenante, la malade est placée dans la position dorso-sacrée, et nous procédons à l'ablation par le vagin du pédicule utérin. Celui-ci est abaissé, puis décollé des insertions vaginales jusqu'à ce que l'on arrive sur le tube en caoutchouc. Ce temps est difficile à cause de l'étroitesse des voies génitales. Des pinces à forcipressure sont placées au fur et à mesure sur la partie inférieure des ligaments larges ; la pince abdominale est retirée ; les pinces-clamp vaginales sont laissées à demeure comme après l'hystérectomie vaginale, tandis qu'on a rapidement lié à la soie les ligaments larges dans leur portion abdominale.

Fermeture de la paroi abdominale par deux plans de suture solidaires. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. L'opération a été laborieuse à cause de l'étroitesse du vagin et de l'existence d'un orifice vulvaire très peu dilatable.

Les suites de cette intervention, qui a duré une heure et demie, ont été des plus simples. Pas d'élévation de température ; aucune réaction abdominale. Les pinces et le tampon vaginal sont enlevés quarante-huit heures après ; puis la malade est pansée tous les deux jours avec une mèche de gaze iodoformée et elle se lève le 26 août.

Le lendemain elle est prise d'un point pleurétique qui heureusement n'amène aucune suite fâcheuse, mais prolonge son séjour dans notre service jusqu'au 24 septembre, date à laquelle elle sort, parfaitement guérie.

Nous l'avons revue plusieurs fois depuis, il y a deux mois pour la dernière fois, sa santé est parfaite.

L'examen de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un fibrome de l'utérus en dégénérescence muqueuse ; ce corps fibreux se continue directement sur le corps de l'utérus qui constitue son pédicule. La cavité utérine déviée et augmentée de volume arrive jusqu'à la partie inférieure de la tumeur qui pèse presque un kilogramme. L'examen histologique confirme le diagnostic de myxofibrome en voie de développement très rapide.

Traitement des fibromes de l'utérus,

Par le Dr A. Routier, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Après tout ce qui a été écrit sur les fibromes utérins, un point,

ce me semble, reste encore obscur ou tout au moins discuté, je veux parler de la conduite exacte à tenir en face de cette lésion; dans quel cas doit-on temporiser, dans quel cas faut-il agir, et alors quel est le meilleur mode d'intervention à choisir? car je ne tiens pas pour démontré que tout fibrome ressorte de l'hystérectomie vaginale.

La diversité des formes affectées par ces tumeurs, la variété dans leur marche et leur évolution, expliquent les difficultés qu'on éprouve à prendre une résolution.

Dans tel cas, un fibrome ne se découvre que quand il a atteint un certain volume, il gêne à peine la malade qui ne s'aperçoit de sa présence que par un peu de fatigue : les règles sont normales, jamais de métrorragies; on n'osera évidemment pas proposer une opération, et cependant, ce fibrome peut encore grossir insidieusement, s'enclaver dans le petit bassin, provoquer ensuite des accidents pour lesquels il faudra agir, et une opération qui eût été facile et par conséquent bénigne, se transformera en une opération de haute gravité. A l'extrémité opposée de l'échelle, on voit des malades exsangues, anémiées et cachectisées par les pertes de sang incessantes, et quand on les examine, on trouve une tumeur dure remplissant le ventre, immobilisée par son développement pelvien; ici, il faut agir, on a la main forcée, et cependant, il faut l'avouer, on agit dans de mauvaises conditions, l'opération sera difficile et la malade peu résistante.

C'est entre ces deux extrêmes que le chirurgien doit choisir et savoir décider du meilleur traitement à suivre.

En tant que fibromes utérins, je ne parlerai ici bien entendu ni des polypes procidents dans le vagin, ni des tumeurs fibreuses manifestement libres dans la cavité utérine, d'autant qu'ici, et d'un commun accord, il n'y a qu'une règle à suivre, sans exception, c'est l'intervention et l'extirpation par les voies naturelles.

Cette variété de fibromes est aujourd'hui traitée avec un plein succès; nous avons oublié les complications que redoutaient en pareille occasion nos devanciers, car nous savons les éviter ou les prévenir.

Les véritables fibromes utérins manifestent surtout leur présence par quatre accidents principaux :

1° Par les hémorragies, qui sont le symptôme vulgaire et capital, soit sous forme de règles trop abondantes, soit sous forme de pertes intercalaires, et dans certains cas, de pertes continues;

2° Par leur gros volume, qui gêne la malade dans ses mouvements, rendant la marche et la station debout pénibles ou impossibles, le décubitus souvent douloureux, très gênant par conséquent au point de vue du sommeil;

3° Par la compression qu'ils peuvent exercer soit sur l'intestin, soit sur la vessie, soit sur les vaisseaux, soit sur les nerfs.

Nous avons tous vu des rétentions d'urine symptomatiques de fibromes, la sciatique ou l'œdème des membres inférieurs sont des accidents d'une banalité commune, l'occlusion intestinale pour être plus rare n'en existe pas moins.

4° Enfin certains fibromes sont particulièrement douloureux, et nous verrons que ce sont surtout ceux qui, pédiculés sur la surface péritonéale de l'utérus, sont susceptibles d'une grande mobilité.

Dans tous ces cas, on est amené à prendre un parti, bien heureux quand on n'a pas la main forcée. Il faut reconnaître cependant qu'il est des fibromes ne donnant lieu à aucun des accidents que je viens de mentionner, et pour lesquels j'ai toujours temporisé.

Quand j'ai eu sur mes malades une influence suffisante, j'ai borné tout leur traitement à quelques bains salés donnés comme toniques, et à une potion avec 10 grammes d'ergotine que je leur faisais prendre au moment de leurs règles.

J'ai eu de la sorte de très beaux succès, j'ai pu conduire ainsi jusqu'à leur ménopause quatre malades notamment dont deux avaient des fibromes remontant au-dessus de l'ombilic. Elles ont aujourd'hui un utérus qui a tout à fait repris les dimensions normales. Ces fibromes étaient assez réguliers, ovoïdes avec cependant quelques petites excroissances latérales, dans tous les cas les cavités utérines étaient assez grandes, de 12 à 16 centimètres.

Mon chiffre est modeste, mais je vous prie de remarquer que ce traitement est des plus difficiles à faire accepter, et le plus souvent quand je n'ai pas demandé à opérer un fibrome, je ne l'ai plus revu.

Il faut avouer cependant que même chez ces malades, la ménopause est plus lente à venir; deux de mes clientes avaient cinquante-huit ans quand elles ont été débarrassées de leurs règles.

Mais le fibrome se manifeste plus souvent par les symptômes que nous avons indiqués, souvent même plusieurs accidents à la fois attestent leur présence : voyons ce qu'on doit faire en pareils cas, ou plutôt ce que j'ai fait dans ma pratique.

Toutes les fois que j'ai eu affaire à des fibromes dont le symptôme dominant était l'hémorragie, lorsque en même temps la tumeur assez régulière rappelait la forme de la matrice, quand la cavité de l'utérus était grande, j'ai eu volontiers recours à la castration tubo-ovarienne que je tiens pour une opération excellente, car elle est efficace et sans gravité. Quand je revois en effet ma

statistique, je me prends à regretter de n'avoir pas étendu à un plus grand nombre de cas ce mode de traitement.

Mes résultats en effet sont ici des plus satisfaisants. Sur 21 malades ainsi traitées, 21 sont guéries.

J'ai toujours pu enlever les annexes, avec plus ou moins de facilité il est vrai, et je note que jamais une laparotomie commencée dans le but de pratiquer la castration ne s'est terminée par une intervention d'une autre nature.

Cela tient, je crois, à ce qu'avant d'intervenir j'ai toujours pu poser nettement mes indications, savoir où étaient les ovaires, qu'on reconnaît, ce me semble, assez bien par la palpation combinée au toucher.

Dans cette série de 21 malades, tous les cas n'étaient cependant pas faciles, plusieurs fois le fibrome dépassait l'ombilic.

Dans un cas, le fibrome était énorme, arrivait au creux épigastrique, la malade suffoquait, elle avait en même temps de l'albumine dans l'urine qui était émise en quantité notablement insuffisante.

Après un certain temps de régime lacté, malgré l'usage des diurétiques, on ne gagnait rien; pressé par la malade, je pratiquai la castration; tout parut d'abord aller simplement, mais au bout de quatre jours survinrent des symptômes évidents d'urémie; après bien des péripéties, la malade fut sauvée; pendant ce temps, cinq semaines environ, son gros fibrome avait diminué de moitié; aujourd'hui, sept ans se sont écoulés, l'utérus a ses dimensions normales, les jambes ne gonflent plus, les reins ont repris leurs fonctions, elle est en un mot en parfaite santé.

Dans trois cas, outre l'ablation des annexes, j'ai enlevé un, deux, trois fibromes sous-péritonéaux plus ou moins fortement pédiculés, ayant souvent occasionné de vives douleurs; ces tumeurs m'étaient connues avant l'intervention, mais me paraissaient trop indépendantes de la masse totale pour espérer que leur atrophie allait bientôt suivre la suppression des annexes.

Dans deux autres cas, après diminution du volume de la tumeur, les malades présentèrent un écoulement utérin fétide et ichoreux; je pratiquai la dilatation et le curettage utérin, ce qui me permit d'enlever des fibromes dégénérés, la guérison fut ensuite parfaite.

Enfin, dans un cas de grossesse compliquée d'un gros fibrome, celui-ci s'arcbouta de telle façon dans le ventre qu'il rendait une intervention nécessaire. J'ai pu pratiquer la myômectomie, assurant non sans difficulté l'hémostase du pédicule avec un surjet de soie; la grossesse fut menée à bonne fin, la malade a accouché

dans le service de M. le D[r] Budin; j'ai du reste publié ce cas intéressant dans les *Annales de gynécologie.*

Je viens de retrouver dans le service de mon excellent maître et ami Bouilly une malade à laquelle j'avais, en 1891, pratiqué la castration pour un assez gros fibrome remplissant le petit bassin; et qui l'avait très fortement anémiée.

Elle sortit peu après l'opération et ne donna plus signe de vie; cependant, les pertes étaient revenues, et aujourd'hui son fibrome est tout à fait intra-utérin, c'est un de ces cas où il faut consécutivement délivrer la malade de la tumeur devenue corps étranger.

Vu mes résultats opératoires et thérapeutiques, c'est là évidemment quand on peut l'appliquer une méthode de choix, et je suis tout disposé à en étendre beaucoup les indications.

Dans les cas de fibromes à développement surtout intra-pelvien, alors surtout que les annexes présentaient les signes de salpingites interstitielles avec adhérences, alors que la tumeur gênait par sa présence soit la vessie soit le rectum, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale; mon premier cas remonte à 1888.

Malgré ce que j'ai pu dire déjà à ce sujet à la Société de chirurgie, malgré ce que j'ai écrit, il m'a semblé que je n'avais pas été bien compris en ce qui concerne le manuel opératoire; le voici en deux mots :

Je fais d'abord l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur, pour confirmer par le toucher direct le diagnostic porté; ce temps de l'opération, j'ai été le premier à le préconiser à la Société de chirurgie, il est aujourd'hui banal, mais j'ai vu une époque où personne n'avait songé à l'employer.

Cette exploration faite, si je dois enlever l'utérus, j'ouvre le cul-de-sac antérieur, puis je sectionne l'utérus sur la ligne médiane comme l'a indiqué Muller, procédé que j'ai appris à connaître dans le service de mon ami Quénu que je remplaçais à Cochin.

Bien entendu, au cours de cette section médiane, quand un utérus est bourré de fibromes, on les extirpe au fur et à mesure.

L'utérus fendu, une moitié, la gauche d'habitude, est luxée à la vulve, attirant les annexes; un clamp est placé sur le ligament, puis celui-ci est coupé, après avoir assuré le pincement de l'extrémité supérieure avec un second clamp.

La même chose est faite à droite, et la cavité bourrée avec 3 grosses mèches de gaze iodoformée que je conduis au delà des pinces pour protéger les parties molles avoisinantes.

J'ai ainsi opéré 6 malades et j'ai eu 6 guérisons.

Mon premier cas par ce procédé fut précisément opéré à Cochin pendant les vacances de 1891.

Restent les cas de fibromes volumineux, donnant lieu à la série des accidents communs à ce genre d'affection, c'est-à-dire causant des douleurs par compression, gênant la marche et le décubitus, occasionnant des métrorragies; j'ai cru devoir les opérer par ablation de la tumeur, par hystérectomie abdominale; j'ai successivement employé l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, puis l'hystérectomie abdominale complétée par l'ablation vaginale du pédicule.

J'ai pratiqué 16 hystérectomies abdominales avec pédicule externe, j'ai eu trois morts.

Une malade est morte le troisième jour, hurlant de douleur, c'était la seconde que je pratiquais; fort préoccupé de cet état inexpliqué, que rien ne pouvait calmer, je priai mon excellent ami et maître M. Championnière de venir la voir avec moi à l'hôpital Laennec pour m'aider de ses conseils, ce fut en vain.

L'autopsie ne nous dévoila rien autre chose qu'une petite adhérence grisâtre, comme une pièce de 1 franc, qui s'était faite entre la partie postérieure du pédicule et une anse d'intestin grêle. Il n'y avait pas d'autre trace de péritonite.

La seconde est morte d'étranglement interne que j'ai soupçonné dès le commencement du 2e jour; là, j'ai manqué de décision, ce n'est que le 6e jour que je me suis décidé à faire une laparotomie secondaire, j'ai pu dénouer un volvulus siégeant très haut sur l'intestin grêle, mais la malade ne s'est pas réchauffée et est morte dans la journée : elle n'avait pas trace de péritonite; cette laparotomie secondaire faite 2 ou 3 jours plus tôt la sauvait évidemment; ce qui m'a fait temporiser, c'est qu'elle avait eu des garde-robes, mais très probablement elle n'avait pas rendu de gaz. Ceci se passait à l'hôpital Beaujon.

La troisième est morte à l'Hôtel-Dieu, et je n'ai su expliquer sa mort autrement que par une intoxication iodoformée.

L'opération avait été simple et rapide, mais la paroi abdominale était très saignante, et le sillon autour du pédicule se remplissait de sang; j'usai trop largement de la poudre que je mets d'ordinaire sur la surface de section de l'utérus et qui est composée de parties égales d'iodoforme et de tanin.

Je remplis littéralement le sillon circumpédonculaire de cette poudre.

Les cinq premiers jours, tout semblait aller à merveille avec 90 de pouls et 37°; elle avait cependant des sueurs profuses, et une certaine excitation dans la parole qui ne laissaient pas que de m'inquiéter un peu.

Le soir du 5e jour, elle fut prise de délire aigu, loquace; il fallut la faire d'abord tenir dans son lit, puis la faire attacher, et dans

la nuit du 5[e] au 6[e] jour elle mourait subitement dans un accès furieux.

Rien à l'autopsie ne nous expliqua sa mort; quant à la poudre dont j'avais rempli le sillon circumpédonculaire, elle avait presque disparu.

Parmi mes malades guéris, je note plusieurs cas où le fibrome n'était pas seul; dans un cas, il y avait en outre 2 salpingites purulentes; dans un autre, existait un hématosalpinx à droite et un hydrosalpinx à gauche, tous deux volumineux. Une autre fois, coexistait un kyste volumineux du ligament large.

Six fois j'ai pratiqué l'hystérectomie totale : après avoir pratiqué l'hystérectomie abdominale comme pour un pédicule externe, j'ai, séance tenante, enlevé le pédicule par la voie vaginale comme pour une hystérectomie vaginale.

Trois fois j'ai guéri mes malades, mais j'ai à déplorer trois morts.

La première est une malade que j'avais opérée en présence de M. le D[r] Labbé que j'avais l'honneur de remplacer à Beaujon. L'opération s'était faite sans incident et avait duré 20 minutes.

Quarante-huit heures après, M. Lafourcade, interne du service, enlevait les 2 pinces vaginales laissées sur les ligaments larges; il survint de suite une hémorragie, la malade tomba en syncope, puis, tout parut arrêté, mais elle mourait dans la nuit.

Mes deux autres morts sont dues à des accidents instrumentaux; les clamps placés sur les ligaments larges laissèrent tous deux échapper ces ligaments au moment où on allait rapporter ces deux malades dans leur lit, elles sont mortes d'hémorragie dans les 24 ou 36 heures, malgré tout ce que j'ai pu faire.

Et cependant, parmi mes trois guérisons, j'ai noté un cas des plus graves, où 2 salpingites purulentes volumineuses accompagnaient un très gros fibrome, salpingite dont une a crevé pendant l'opération.

L'ablation totale de l'utérus est évidemment un progrès énorme à réaliser sur les diverses hystérectomies avec pédicule externe ou pédicule perdu, quand on ne veut pas ou qu'on ne peut pas faire l'hystérectomie vaginale, c'est de ce côté évidemment que doivent tendre tous nos efforts.

En résumé et pour conclure, je conseillerais donc : de traiter par la castration tubo-ovarienne les fibromes dont le symptôme dominant est l'hémorragie; de traiter par l'ablation de l'utérus fibromateux les cas où le volume de la tumeur est le fait capital, en passant par la voie vaginale quand la tumeur est surtout pelvienne, en usant de la laparotomie pour les cas de tumeurs surtout abdominales.

En somme, pas de règle absolue, il faut choisir entre les pro-

cédés et les méthodes ce qui convient à chaque cas; c'est ce choix judicieux qui séparera toujours le bon chirurgien du simple opérateur.

Du traitement des fibromes utérins,

Par le Dr Rouffart, Professeur de clinique gynécologique à Bruxelles.

Dans l'enquête qui se poursuit sur le résultat thérapeutique des diverses méthodes de traitement des fibromes utérins, il est du devoir de chacun de faire connaître les renseignements que sa pratique lui a fournis.

Avant de donner la relation succincte des hystérectomies totales que j'ai pratiquées, je veux rappeler en quelques mots les indications de cette opération à laquelle bien des chirurgiens hésitent à recourir. Ce qui justifie leurs craintes, ce qui rend, en général, le pronostic de la myômotomie si grave, c'est que l'on n'opère, le plus souvent, que des malades arrivées à un état de débilité excessive.

L'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes est retardée le plus longtemps possible, et voici ce qui se passe ordinairement : les hémorragies se succèdent et la malade s'anémie; les complications surviennent, le fibrome subit des dégénérescences, les trompes s'entreprennent, des adhérences s'établissent, et quand, épuisée, la malade réclame l'opération, le chirurgien se trouve aux prises avec toutes sortes de difficultés qui assombrissent extraordinairement le pronostic et expliquent les statistiques donnant 30 p. 100 de décès. Aussi faut-il ne pas s'attarder à des moyens inefficaces et doit-on opérer de bonne heure, quand la maladie n'a pas encore affaibli l'organisme et compromis le fonctionnement du cœur ou des reins, quand la malade a suffisamment de forces pour résister au choc opératoire. Est-ce à dire que dans tous les cas de fibromes il faut intervenir immédiatement et que, aussitôt un fibrome reconnu, il faut l'enlever? — Évidemment non, puisque les cas sont nombreux où les fibromes existent, sans être soupçonnés, pendant toute la vie de la malade et se révèlent, par hasard, à l'autopsie.

Le traitement palliatif est indiqué lorsque la malade est très affaiblie, lorsque l'état de sa santé générale ou son âge ne permet pas de causer un traumatisme considérable contre lequel l'organisme ne pourrait réagir. Bien des fois, dans ces cas, j'ai eu recours au curettage et j'en ai retiré les plus grands avantages : la sensation de pesanteur dans le petit bassin disparaît après le

grattage, les hémorragies cessent et la malade reprend rapidement des forces. Cette opération n'est que palliative; mais si la malade est âgée, si le volume de la tumeur est très petit, ce traitement symptomatique suffit. Dans le même genre de cas, j'ai employé l'électricité qui ne m'a pas donné les résultats que j'en attendais. Comme agents médicaux, l'ergotine, l'ergotinine en injections hypodermiques sont les seuls qui m'ont été utiles dans certaines circonstances.

Le curettage utérin me paraît, d'après ce que j'ai observé, le moyen palliatif le meilleur; c'est le seul qui m'ait donné des résultats certains et auquel je continue à recourir dans ma pratique. Les hémorragies et les douleurs reparaissent cependant parfois après un certain temps; j'ai été obligé de soumettre des malades au grattage plusieurs fois, à des intervalles assez longs, et ces interventions successives ne rendent pas le pronostic plus fâcheux. D'autre part, le curettage n'est pas toujours possible si la cavité utérine est déviée, ou déformée.

Si la tumeur est volumineuse, on doit pratiquer la myômotomie, et cela, quand l'état général est encore satisfaisant. Les phénomènes de compression des organes pelviens, l'accroissement rapide de la tumeur, la persistance des hémorragies que n'arrêterait ni le curettage, ni le traitement ordinaire de cet accident, l'ascite que développerait un fibrome sous-séreux, des phénomènes de péritonite, des signes d'obstruction des organes abdominaux, voilà autant d'indications classiques d'une myômotomie immédiate. D'ailleurs, contre une affection pouvant occasionner toute la série d'accidents que nous venons d'énumérer, il faut intervenir et, si l'état général de la malade le permet, tenter la cure radicale.

Dans l'extirpation des fibromes comme dans les opérations dirigées contre les suppurations pelviennes, la voie vaginale doit être préférée à la voie transpéritonéale chaque fois que cela est possible. La gravité de l'intervention par le vagin est moindre que celle de la laparotomie et, d'autre part, les inconvénients de la cicatrice de la paroi abdominale sont plus considérables qu'on ne le croit. Dans nos hôpitaux, bien des malades reviennent se plaindre d'éventration post-opératoire. Les travaux sur ce sujet sont déjà nombreux et ils prouvent que cet accident consécutif aux laparotomies est fréquent.

Les méthodes d'extirpation vaginale ont à Paris leurs défenseurs naturels; je ne pourrais rien en dire qu'ils n'aient mieux dit que moi et avec plus d'autorité, aussi n'en parlerai-je que pour affirmer que ce procédé est, à mon avis, le meilleur : j'y ai recours chaque fois que le volume de la tumeur me le permet.

Si la tumeur fibreuse est trop volumineuse, et j'entends par là

qu'elle ait la grosseur d'une tête de fœtus, on doit faire une laparo-hystérectomie.

La première fois que je me suis servi du procédé d'hystérectomie totale, je faisais l'ablation d'une tumeur complexe formée par un abcès de l'ovaire et un cancer utérin. J'ai donné la description de cette opération, en décembre 1888, à la Société médicale de Bruxelles, et j'en ai publié l'observation dans le journal de cette société en mars 1889.

Me trouvant en présence de grandes difficultés opératoires, je pratiquai une laparotomie au cours de laquelle j'enlevai l'ovaire abcédé. Débarrassé de cette première tumeur, je fis une boutonnière dans le cul-de-sac péritonéal postérieur et je détachai les insertions vaginales en arrière du col utérin. L'opération fut terminée en isolant la matrice de la vessie et en appliquant aux deux côtés de l'utérus, sur les ligaments larges, des pinces hémostatiques.

En énumérant dans mon travail les avantages de cette opération, je disais :

« Les avantages de ce procédé sont nombreux et, quoique le cas dont je viens de parler se prêtât mieux que tout autre à ce genre d'intervention à cause de la division de la tumeur en deux parties nettement séparées, je pense qu'en plaçant sur un fibrome ou une tumeur quelconque offrant une masse indivise une ligature, élastique ou non, on pourrait, dans bien des cas, user de ce procédé. On sectionnerait au-dessus de la ligature la partie de l'organe trop volumineuse pour être extraite par le vagin. »

Il y a deux ans, au Congrès de chirurgie de Paris, M. le professeur Bouilly a rapporté un cas qui présente beaucoup d'analogie avec celui que je viens de rappeler. C'est dans des circonstances presque identiques à celles où je m'étais trouvé que Bouilly a combiné l'hystérectomie vaginale avec la laparotomie. Il a suivi la même technique que celle que j'ai employée, luttant contre les mêmes difficultés. J'ai voulu me rendre compte de la valeur de ce procédé et, dans un travail que j'ai présenté à la Société belge de gynécologie en 1891, j'ai rapporté quatre cas d'hystérectomie totale pour fibromes, avec un décès. J'ai aujourd'hui cinq cas nouveaux qui se sont terminés par la guérison.

Chez les deux premières malades, que j'ai opérées d'hystérectomie totale, j'ai fait tout d'abord la laparotomie, puis j'ai sectionné la portion supérieure de l'organe, fermé le ventre et extirpé le pédicule par le vagin.

Dans la dernière observation publiée dans le travail que je viens de citer (mai 1891), je commence par libérer le col utérin, puis je place des pinces hémostatiques sur les ligaments larges, et j'in-

cise la portion inférieure de ces ligaments dont l'hémostase est assurée. Je fais alors un pansement vaginal et mes aides procèdent à un lavage soigneux de la paroi abdominale; je me désinfecte les mains à nouveau et je procède alors à la laparotomie.

C'est cette méthode que j'ai employée avec succès dans les cinq cas nouveaux que je publie aujourd'hui. Voici, exactement, le manuel opératoire suivi :

J'incise le vagin au pourtour du col utérin et je procède à la désinsertion du col; je place sur les ligaments larges des pinces à forcipressure et je sectionne les ligaments en dedans des pinces. Je fais un léger tamponnement vaginal qui soutient les pinces.

Le point important dans ce premier temps de l'opération, et cela facilite de beaucoup tout ce qui suit, c'est de pénétrer en arrière dans le péritoine et de décoller la vessie le plus haut possible en avant. On ne peut pas toujours pénétrer dans le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, mais on est assuré de comprimer dans les mors de la pince toute l'épaisseur du ligament large si l'on se tient constamment entre la vessie et la matrice. C'est seulement la partie inférieure du ligament large qui est prise dans les pinces. Ce ligament peut avoir des dimensions de 10 à 15 centimètres. On retrouvera toujours facilement,. dans les temps suivants de l'opération, chaque pince dont les branches se trouvent, l'une constamment dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre soit dans le cul-de-sac vésico-utérin, soit entre la vessie et la face antérieure du ligament large, selon qu'on a ou non perforé le péritoine.

Le deuxième temps de l'opération est la cœliotomie. Le ventre étant ouvert, on incise le péritoine sur la face antérieure de la matrice et l'on décolle la vessie. On procède à la ligature de la partie supérieure du ligament large en passant un fil de soie, au moyen d'une aiguille mousse, au-dessous de l'extrémité supérieure des pinces que l'on a, dans le premier temps, placées par le vagin. La section des ligaments larges se fait en dedans de ces ligatures. L'utérus désormais libre de toute attache s'enlève en bloc. Les parois abdominales sont suturées, le pansement ordinaire est placé, l'opération est terminée. Voilà l'opération que, six fois déjà, j'ai pratiquée sans insuccès, dans des cas où la tumeur fibreuse située dans la paroi utérine avait des dimensions trop considérables pour être extraite par le vagin.

Ce procédé présente de nombreux et bien grands avantages : tout d'abord, l'antisepsie peut y être parfaite : les règles peuvent en être observées avec une exactitude minutieuse. Après avoir terminé en quelques instants ce que j'appellerai la période vaginale de l'opération, on peut procéder à une désinfection soigneuse

de la malade, laver à nouveau la paroi abdominale et faire la laparotomie en réunissant toutes les conditions d'une antisepsie rigoureuse puisqu'on n'a plus à s'occuper de la cavité vaginale.

La rapidité de l'opération est plus grande que dans tous les autres procédés de laparo-hystérectomie totale.

L'hémostase est préventive; des pinces sont placées sur les artères utérines avant qu'on touche au fibrome : la perte de sang est insignifiante.

La cavité utérine n'est pas ouverte.

Le col peut être parfaitement lavé et désinfecté. Tout danger de septicémie est supprimé en tant que provenant de la cavité utérine et l'on sait quelle importance ont attribuée les auteurs à l'ouverture de la cavité utérine comme cause de péritonite septique.

Le suintement de sang et de sérosité qui se fait toujours autour du pédicule et qui fournit aux micro-organismes un milieu favorable à leur développement, ce suintement, dis-je, est supprimé. Les pinces laissées à demeure et le tampon dn vagin forment un drain qui facilite l'écoulement des liquides pouvant provenir des tissus contusionnés par les pinces.

Les lésions causées par une intervention si grave ne sont, en somme, pas beaucoup plus importantes que celles qu'occasionne une hystérectomie vaginale pour laquelle presque tous les chirurgiens emploient la forcipressure. On trouve dans la littérature médicale des cas de fibromes où ceux-ci ont récidivé dans le moignon : le procédé que j'emploie supprime ce danger.

Je ne m'attarderai pas à passer en revue les diverses méthodes d'hystérectomie, on trouve cette étude faite dans tous les traités de gynécologie ; je me bornerai à vous donner le résumé de mes observations.

La première a été publiée il y a deux ans dans le *Bulletin de la Société belge de gynécologie*, la voici :

« H. J., de Molenbeek, opérée, le 2 mai 1891, à l'hôpital Saint-Jean, pour des douleurs qui sont tellement intenses qu'elles empêchent tout travail.

Opération :

I. — Libération du col utérin.

II. — Placement des pinces hémostatiques sur les ligaments larges dans leur position naturelle.

III. — Laparotomie et section aux ciseaux, le long des pinces, permettant l'extraction en bloc de la tumeur.

La malade, sans être complètement guérie, est aujourd'hui hors de danger ; l'opération date de douze jours. »

J'ai revu la malade depuis, elle est complètement guérie.

J'ai résumé en un tableau les observations des cinq autres malades que j'ai opérées d'après la même méthode.

	RENSEIGNEMENTS SUR LA MALADE	DATE DE L'OPÉRATION	INDICATIONS OPÉRATOIRES	POIDS DE LA TUMEUR	Résultat à ce jour
1	F., 36 ans, 2 enfants, Bruxelles.	7 sept. 1891.	Hémorragies incoercibles. Ecoulements fétides.	3 1/2 kilogr. dans la partie antérieure de l'utérus.	Guérison.
2	D., 41 ans, 3 enfants, Bruxelles.	19 octobre 1891.	Développement rapide de la tumeur. Hémorragies.	Tumeur interstitielle, 4 kilogr.	Guérison.
3	S., 28 ans, 1 enfant, Bruxelles.	3 déc. 1891.	Douleurs et périmétrite.	Petits myômes interstitiels.	Guérison.
4	T., 33 ans, mariée, sans enfant, Bruxelles.	19 janvier 1892.	Incapacité de travail. Périmétrite.	Myôme de 1 1/2 kilogr.	Guérison.
5	40 ans, non mariée, sans enfant, Bruxelles.	23 juin 1892.	Hémorragies.	Myôme interstitiel, 2 kilogr.	Guérison.

Ces cinq malades font partie de ma clientèle, elles ont été opérées à Bruxelles, avec l'aide de MM. les docteurs Lorthioir et Delsaux.

En résumé, les accidents qui accompagnaient la présence des fibromes utérins font de ceux-ci une affection grave, contre laquelle l'extirpation complète de la tumeur est le meilleur remède. Cependant, dans des circonstances spéciales que j'ai indiquées plus haut, c'est-à-dire quand la malade est trop affaiblie ou trop âgée, il faut se contenter d'un traitement palliatif, et alors le curettage rend de grands services. Il raffermit la santé générale de la malade et permet parfois de recourir à une opération radicale.

La castration ovarienne présente à mes yeux trop de dangers pour une opération palliative dont le succès est loin d'être constant. Je préfère étendre les indications de l'hystérectomie totale, qui m'a donné un décès sur neuf interventions, et, si je m'en tiens aux résultats obtenus par le procédé que je viens de décrire, six succès dans les six cas où je l'ai employé.

Extirpation par la voie abdominale d'un fibrome inclus dans le ligament large droit, au cours d'une grossesse datant de trois mois. Continuation de la grossesse,

Par le Dr Aimé Guinard, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Tout l'intérêt de cette communication réside dans les détails d'une observation qui date du mois de septembre 1892.

Voici le fait. La nommée C., âgée de trente-trois ans, entre le 20 août 1892 à l'hôpital Saint-Louis, où je la trouve couchée dans le pavillon d'isolement, lit nº 6.

Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire à trente-deux ans. Son père, qui a cinquante-cinq ans, est en bonne santé. Elle a une sœur de constitution débile.

Au point de vue de ses antécédents personnels, on ne trouve aucune maladie à noter. Elle a été réglée à l'âge de treize ans et toujours très normalement jusqu'à son mariage à l'âge de dix-neuf ans. Première grossesse un an après son mariage. Accouchement normal à terme, suivi d'un repos au lit de quinze jours. Retour de couches six mois après. Depuis ce premier accouchement, la malade n'a pas cessé d'avoir de la leucorrhée.

Deuxième grossesse à vingt-six ans. Accouchement normal à terme comme la première fois, quinze jours de repos au lit. Elle reste nourrice pendant un an.

Troisième grossesse à vingt-neuf ans. Cette fois l'accouchement a été laborieux. On a dû employer le forceps et l'enfant était mort. La malade a dû garder le lit « avec de la fièvre » pendant deux mois.

Enfin, quatrième grossesse à trente-deux ans. L'enfant est arrivé à terme; accouchement simple, douze jours de repos au lit.

Depuis le retour de couches après cette quatrième grossesse qui eut lieu il y a maintenant un an, la malade a eu chaque mois des hémorragies très abondantes. Elle avait en outre une pesanteur considérable dans le ventre et des phénomènes douloureux dans le bassin. Depuis trois mois, ses hémorragies n'ont pas reparu, elle vient à l'hôpital parce qu'il lui semble « que sa grossesse ne se passe pas comme les quatre autres ».

A son entrée, l'examen des appareils respiratoire et circulatoire est négatif.

Les digestions sont un peu lentes et il y a de la constipation habituelle.

Rien du côté de l'appareil urinaire.

Du côté du membre inférieur gauche, on constate une atrophie marquée des muscles de la cuisse, et une tuméfaction douloureuse à la pression de l'extrémité supérieure et antérieure du tibia. Il s'agit d'un début d'ostéosarcome du tibia; mais comme cette malade ne vient à l'hôpital que pour sa grossesse et ses douleurs abdominales qui dominent tout pour le moment, nous ne poussons pas plus avant nos recherches, et nous localisons notre examen à l'appareil génital.

Les règles n'ont pas paru depuis trois mois passés; et ainsi que nous l'avons dit, elles étaient, avant cette suspension, fort abondantes et nécessitaient le repos au lit. Jamais d'hémorragie entre les époques menstruelles, mais seulement un peu de leucorrhée. Actuellement, la malade se plaint de douleurs abdominales profondes siégeant du côté gauche.

L'examen montre une distension assez notable de l'abdomen; par le palper, on trouve deux tuméfactions qui semblent distinctes l'une de l'autre, et qu'on perçoit surtout pendant les mouvements respiratoires. Toutes deux siègent dans les fosses iliaques et paraissent arrondies, lisses et régulières.

Celle qui occupe la fosse iliaque gauche, remonte au-dessus de l'ombilic et semble comme aplatie d'avant en arrière : on peut avec la main en contourner et en délimiter nettement l'extrémité supérieure; mais cette manœuvre est douloureuse. Comme consistance, cette tumeur est fortement rénitente et rappelle celle d'un utérus gravide.

Celle au contraire qui remplit la fosse iliaque droite est arrondie et lisse comme la première; mais elle est beaucoup plus dure et infiniment moins mobile.

Un sillon très net sépare ces deux tumeurs et, dans ce sillon, on peut saisir entre les doigts une petite masse du volume d'une grosse amande, douloureuse au toucher, très mobile, rappelant en un mot par ses caractères un ovaire appendu sur le bord droit de l'utérus gravide. Le toucher vaginal donne les renseignements suivants : l'utérus est repoussé en avant et à gauche. Le col est entr'ouvert et irrégulier; il semble se continuer avec la tumeur de gauche dont il suit tous les mouvements. Sa consistance est dure et ne rappelle en rien la mollesse spéciale d'un col d'utérus pendant la grossesse.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve la tumeur de gauche en continuité manifeste avec le col, et qui n'est autre évidemment qu'un utérus très augmenté de volume.

Dans le cul-de-sac droit, on retrouve la tumeur reconnue par le palper abdominal dans la fosse iliaque droite avec tous les caractères décrits plus haut. C'est un fibrome accolé au bord de l'utérus.

L'auscultation de l'utérus ne faisait percevoir ni souffle, ni battements. Malgré l'absence de ces signes, on porte le diagnostic de grossesse de trois mois compliquée de fibrome inclus dans le ligament large droit.

M. Bar, accoucheur des hôpitaux, fut alors consulté et déclara que l'accouchement par les voies naturelles serait impossible.

Dans ces conditions-là, l'opération fut décidée et je la pratiquai le 6 septembre 1892, très bien assisté par M. Orrillard, interne du service, à qui je dois les détails de l'observation.

Une incision sur la ligne blanche allant de l'ombilic au pubis, me conduit sur un utérus mollasse, violacé, ayant absolument l'apparence de l'utérus gravide. Sur le bord droit de l'utérus, à mi-hauteur, on voit l'ovaire droit comme appendu et reposant sur le fibrome qui remplit et distend le ligament large droit en refoulant en haut et à gauche les annexes droites et l'utérus. Ce fibrome a le volume d'une grosse tête de fœtus à terme.

Je fends largement le ligament large, et saisissant le fibrome avec de fortes pinces, j'arrive assez facilement à l'énucléer. Je place un clamp sur un pédicule vasculaire peu volumineux qui l'unit au bord droit de l'utérus, et après avoir fait derrière ce clamp une ligature en chaîne à la soie, j'abandonne le pédicule au fond de l'excavation. L'hémorragie est à peu près nulle, et je reconstitue le ligament large à l'aide d'un surjet péritonéal au catgut.

Toilette à l'éponge.

Suture à triple étage de la paroi abdominale.

Pas de drainage.

Les suites de l'opération ont été des plus simples bien qu'au vingtième jour nous ayons eu à ouvrir un petit abcès de la paroi. Cependant, le vingt-deuxième jour nous eûmes quelques inquiétudes, car la malade perdit pendant trois jours un peu de sang par le vagin.

Mais cet écoulement cessa spontanément, et un mois après l'opération, la malade quitta l'hôpital absolument guérie. J'ai suivi cette malade, et je la soigne encore en ce moment pour l'affection osseuse du tibia gauche dont j'ai parlé au cours de cette observation. J'ai donc pu m'assurer que la grossesse a suivi son cours normal jusqu'à sept mois et demi. A sept mois et demi, cette malade a accouché d'un enfant qui n'a pas vécu.

Je ne veux ajouter que quelques mots à cette observation pour en tirer l'enseignement qu'elle me paraît comporter.

Les opérations abdominales, même pour des tumeurs du petit bassin, attenant à l'utérus, peuvent être faites sans compromettre une grossesse en cours, pourvu bien entendu qu'elles soient pratiquées dans des conditions d'asepsie parfaite. On a conseillé en pareil cas de laisser au contraire la grossesse arriver à terme et de faire en temps voulu une opération césarienne. Est-il besoin de faire remarquer que ce n'est là qu'un pis-aller? Mon opération a été évidemment l'intervention idéale et le résultat ne saurait en être comparé à celui qui aurait suivi une opération césarienne, puisque la malade est débarrassée de sa tumeur, tandis que ce n'est que par une opération ultérieure qu'on aurait pu extirper son fibrome longtemps après l'accouchement artificiel.

L'opération césarienne en cas de fibrome de l'utérus, n'est légitime que si la tumeur siège dans le segment inférieur et occupe l'excavation pelvienne, comme chez la malade dont mon ami Picqué a récemment présenté l'observation avec guérison, à la Société de chirurgie.

Mais, je le répète, si le fibrome siège sur une région de l'utérus accessible, soit par la voie abdominale, soit à la rigueur par la voie vaginale, et à plus forte raison, si la tumeur comme chez ma malade, n'est qu'accolée à l'utérus et reste incluse dans le ligament large, il ne faut pas hésiter à en pratiquer l'ablation au cours de la grossesse : myômectomie abdominale ou vaginale dans le premier cas, énucléation dans le second. Et si l'opération a été aseptique, on aura la satisfaction de voir la grossesse continuer son cours normal comme dans l'observation qui fait l'objet de cette communication.

M. Picqué. — Dans mon cas en effet, auquel a bien voulu faire allusion mon collègue et ami Guinard, le corps fibreux faisait partie intégrante du segment inférieur de l'utérus, on ne pouvait donc songer à isoler la tumeur en respectant l'organe.

Fibromes et grossesse,

Par le Dr Vautrin, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

En soumettant au Congrès de chirurgie trois faits intéressants de grossesse compliquée de fibrome, je n'ai pas l'intention de rappeler tous les accidents que l'on peut observer dans ces cas. Mon but est plus modeste; je me bornerai aux enseignements qui découlent des observations que je vais rapporter.

Les deux premiers faits ont trait à deux grossesses de trois mois environ compliquées de fibromes. Dans la dernière observation, nous verrons la grossesse continuer jusqu'à terme dans un utérus myômateux et se terminer favorablement dans les circonstances les plus graves sans intervention chirurgicale.

I. — Voici la première observation :

Observation I. — En décembre 1891, je fus consulté par une femme d'environ trente-cinq ans, bien portante jusqu'alors, mère de deux jeunes enfants et qui se disait enceinte de trois mois. Je pus vérifier aisément ce fait; les dernières règles dataient des premiers jours de septembre 1891. Cette femme éprouvait depuis quinze jours environ des douleurs sourdes dans le bas-ventre et une constipation des plus opiniâtres. Lorsque je la vis pour la première fois, elle n'avait pas eu de selle depuis cinq jours. Il n'y avait aucun trouble de l'urination.

Les grossesses antérieures s'étaient terminées normalement, sans accidents. La sage-femme n'avait rien constaté d'irrégulier dans les accouchements. Toutefois il est à noter que cette femme avait eu une fausse couche de trois mois environ en 1890. Les règles avaient repris leur régularité ensuite.

Lors de mon premier examen par le toucher vaginal, le 25 décembre, je remarquai la présence d'une tumeur dure, assez volumineuse, en arrière du globe utérin repoussé en avant. Le col ramolli était appliqué sur la partie postérieure du pubis; le cul-de-sac vaginal postérieur était abaissé et refoulé par la tumeur qui comprimait le rectum. Le toucher rectal indiquait un aplatissement de l'intestin; le doigt éprouvait une grande difficulté à s'engager dans la portion rétrécie.

La tumeur semblait d'ailleurs fortement maintenue dans le pelvis; elle résistait à l'impulsion du doigt introduit dans le vagin ou dans le rectum. Tout me portait à croire que, sous l'influence de la grossesse, le néoplasme avait rapidement grossi au point de déterminer en quelques semaines, des symptômes de compression pelvienne et de quasi-obstruction intestinale.

Sous l'influence des laxatifs, je pus obtenir d'abord une abondante évacuation alvine, mais deux jours après les troubles reprenaient de plus belle. Dans les premiers jours de janvier 1892, la situation s'aggravait encore. La miction devenait fréquente et douloureuse; les souffrances

dans les membres inférieurs étaient vives, parfois intolérables. L'incarcération de la tumeur dans le pelvis augmentait de jour en jour.

Le palper abdominal m'avait indiqué dès le premier examen que l'utérus ne portait aucune irrégularité sur sa surface abdominale. La tumeur paraissait uniquement développée sur le segment postéro-inférieur de l'organe. Le diagnostic une fois établi avec précision, je n'hésitai pas à proposer l'intervention chirurgicale au lieu de l'avortement provoqué. La tumeur me semblait occuper une position favorable aux manœuvres de l'énucléation.

Dans les premiers jours de janvier, je pratiquai l'opération. Je fis avec la plus grande facilité une incision semi-circulaire au point de jonction du cul-de-sac vaginal postérieur avec le col; je décollai les tissus rétro-utérins jusqu'au cul-de-sac de Douglas, qui fut déchiré sur la tumeur formant point d'appui. J'eus alors la satisfaction de constater que la tumeur s'insérait sur la partie inférieure de l'utérus par un pédicule très court, mais peu large et très accessible. Une pince à longs mors fut aisément appliquée sur ce pédicule. L'extraction du fibrome, gros comme une tête de fœtus à terme, devint alors facile, grâce au morcellement en plusieurs parties que je pratiquai sans perte de sang appréciable. La perte de sang lors de l'incision du cul-de-sac vaginal fut assez abondante, mais un tamponnement à la gaze iodoformée en eut facilement raison.

Les suites de l'opération ont été très favorables, puisque la grossesse a suivi son cours et s'est terminée par un accouchement normal.

Les observations analogues ne sont pas encore très fréquentes aujourd'hui. En 1886, dans ma thèse d'agrégation, j'avais réuni 8 cas de myômectomies pratiquées pendant la grossesse, avec une proportion de deux morts et de deux avortements. Mes recherches, qui ont corroboré celles de Landau (*Samml., klin. Vortr.*, von Volkmann, n° 26, 1891), celles de Martin (*Thèse* de Nancy, 1891)) et de Zaborowski (*Thèse* de Paris, 1891), de Poirier (*Annales de Gynécologie*, mars 1890), m'ont permis de réunir 23 cas de myômectomies pendant la grossesse. Sur ces 23 cas, nous comptons seulement 5 morts, soit une proportion de 21,7 p. 0/0, et si l'on tient compte du cas de Guinard, la proportion tombe à 20 p. 0/0. Ces opérations ont été faites dans des conditions souvent très mauvaises et en désespoir de cause, c'est ce qui explique les insuccès de Thornton, de Hégar et de Martin. En réalité, sur les cinq cas de mort, une seule fois l'issue fatale fut déterminée par l'opération. D'aussi beaux résultats suffisent à justifier l'intervention dans les cas où des myômes sous-séreux entrent en conflit avec la marche normale de la grossesse. Ajoutons que parmi les 18 guérisons, on a observé 11 accouchements à terme. Comme la myômectomie n'a été généralement entreprise que dans les cas critiques, où non seulement l'avenir de la gros-

sesse, mais encore la vie de la mère périclitaient, on peut dire que cette opération a sauvé les enfants dans près de la moitié des cas et la vie des mères dans 88 p. 0/0 des cas. Ces chiffres sont un éloquent plaidoyer en faveur de la myômectomie pendant la grossesse, pourvu que l'intervention soit formellement indiquée par l'intensité des accidents.

Ces accidents sont d'ordre différent. Tantôt les auteurs mentionnent la compression pelvienne, comme dans l'observation que je rapporte, tantôt ce sont des troubles d'oppression et de dyspnée menaçants (Langenbuch), l'albuminurie mécanique et la compression des uretères, des douleurs intolérables dans les membres inférieurs, des déviations utérines et surtout la rétroversion de l'utérus gravide (Pestalozza), l'ascite (Langenbuch, Terrier) et enfin la péritonite.

Si l'on compare la mortalité de la myômectomie en dehors de la grossesse et pendant la gravidité, on remarque que cette mortalité est sensiblement égale dans les deux cas. La proportion de 21,7 p. 0/0 de morts qui découle de nos observations, est établie sur des opérations pour la plupart antérieures à l'ère chirurgicale actuelle, puisque la plus ancienne, due à M. Péan, remonte à 1874. Si la statistique portait seulement sur les faits récents, la mortalité serait singulièrement diminuée. D'ailleurs Schrœder, Hégar, Landau et les auteurs qui ont écrit depuis plusieurs années sur ce sujet, sont d'accord pour reconnaître le peu d'influence de la gravidité sur l'extirpation des myômes pédiculés.

L'analyse de nos observations démontre également que si l'énucléation des myômes sous-séreux est plus dangereuse pour l'issue de la grossesse, elle ne constitue cependant pas une opération plus grave pour la femme : c'est l'avis de Frommel. Sur les 23 observations que nous avons rassemblées, nous notons 8 énucléations avec 2 morts et cinq avortements. Il faut reconnaître toutefois que plusieurs chirurgiens ont dû renoncer à poursuivre une énucléation commencée pour pratiquer l'amputation supravaginale, à cause de l'hémorragie ou de l'ouverture de la cavité utérine. Il est donc important de distinguer l'énucléation des myômes sous-séreux superficiels de l'énucléation des myômes interstitiels, dont la gravité est beaucoup plus considérable durant la grossesse. Malheureusement, comme le fait remarquer Routier, la distinction avant laparotomie n'est guère possible.

II. — Les fibromes interstitiels ou sessiles sont peut-être encore plus souvent que les fibromes pédiculés, l'origine d'accidents gravidiques à forme grave, abstraction faite de l'avortement et des hémorragies. Le fait suivant en est un exemple :

OBS. II. — *Tumeur fibreuse compliquant la grossesse. — Hystérectomie supra-vaginale. — Mort.*

Mme D..., trente-trois ans, mariée et mère de deux enfants bien portants, se présente au commencement de juillet 1887 à l'hôpital de Nancy, se plaignant de fortes douleurs dans le ventre et se croyant enceinte. Elle était accouchée deux fois dans de bonnes conditions. Les dernières règles dataient du 1er mai; depuis cette époque, elle avait éprouvé les malaises ordinaires de la grossesse, sans hémorragies. Dans le courant de juin, survinrent de vives douleurs dans l'abdomen et une certaine difficulté de défécation, qui augmentèrent et forcèrent la malade à garder le lit en juillet.

A la palpation abdominale, on trouve dans la fosse iliaque gauche et jusqu'au centre du détroit supérieur, une tumeur dure qui, en raison de son volume et de sa direction, ne paraît pas être l'utérus.

Au toucher vaginal, on sent le col utérin déjeté en haut et en avant derrière le pubis : le doigt ne rencontre que la lèvre postérieure du col. Dans le cul-de-sac postérieur, on suit à travers les parties molles du bassin une tumeur assez volumineuse, à relief régulier, assez dure et semblant tenir à l'utérus.

Par le toucher rectal, on perçoit la même tumeur qui obture la lumière de l'intestin.

L'état général de la malade paraît assez bon, mais l'auscultation révèle les signes d'une tuberculose évidente au sommet du poumon droit avec foyers de ramollissement anciens. On entend aussi des craquements à gauche.

Je revis cette malade en août. Les douleurs étaient plus violentes. La miction était fréquente et pénible; la défécation était encore plus gênée; enfin il y avait des vomissements et de la fièvre. Je constatai aussi que la tumeur avait augmenté et qu'elle remontait dans le flanc gauche jusqu'à la région rénale, dépassant l'ombilic à droite.

Dans le bassin, la compression s'est encore accrue. Le cul-de-sac postérieur est repoussé dans le canal vaginal au point d'en occuper la plus grande partie, par le fibrome remplissant le bassin. Le col difficilement accessible est remonté en arrière du pubis.

L'augmentation si rapide de la tumeur, les symptômes de grossesse annoncés par la malade et vérifiés par mon excellent collègue et ami Remy, nous avaient fait penser à une grossesse compliquée d'un fibrome surmontant le pelvis et maintenant la matrice en rétroversion.

Au bout de quelques jours, la miction fut impossible. On dut cathéteriser la vessie à nombreuses reprises pendant la journée et la nuit avec une sonde en gomme de petit calibre. Pour combattre l'arrêt des évacuations alvines, on donna des purgatifs fréquents. Mais bientôt il fallut y renoncer, les vomissements devenant continus et empêchant même l'alimentation.

L'abdomen se ballonne, devient très douloureux à la pression.

La fièvre est vive. Sur ces entrefaites apparaissent durant quelques heures des douleurs d'expulsion que nous calmons par des lavements laudanisés.

Je fais prendre à la malade la position genu-pectorale pendant douze heures. Deux tentatives pour repousser le fibrome par le vagin et le rectum restent infructueuses. En présence de tels accidents, il ne restait plus qu'à pratiquer la laparotomie et à tenter l'ablation de la tumeur seule ou celle de l'utérus et du fibrome. Il ne fallait pas songer à provoquer l'avortement, puisque le col utérin était inaccessible.

L'opération fut faite le 27 août en présence de MM. Rohmer et Remy, mes collègues. Je fis une incision de 20 centimètres sur la ligne médiane, descendant jusqu'à 5 centimètres du pubis pour ménager la vessie.

J'arrive sur une tumeur lisse, fibreuse, beaucoup moins dure que les fibromes ordinaires, remplissant le flanc gauche et dépassant à droite la ligne médiane. Le péritoine est uniformément rouge, congestionné, sans granulations tuberculeuses. L'intestin est distendu par des gaz.

En passant la main sur la partie antéro-latérale gauche du fibrome, je délimite un sillon séparant la tumeur de l'utérus qui remplit le bassin. Je cherche à désenclaver l'utérus, que je reconnais à une sensation particulière de mollesse et aux parties dures qu'il contient, mais le désenclavement ne peut être obtenu que grâce au concours d'un aide qui refoule par le rectum la partie incarcérée. Le fibrome très volumineux semblait unique, et développé aux dépens de toute la face antéro-latérale de la matrice. Le seul moyen d'en terminer était de pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale.

La vessie fut décollée de la tumeur; un lien fut passé autour du pédicule formé par les ligaments larges et le col utérin, et l'organe fut enlevé sans aucune perte de sang. Le pédicule fut amené dans l'angle inférieur de la plaie et le péritoine suturé en collerette au-dessous du lien. Trois plans de sutures sur la paroi.

L'opération n'avait pas duré plus d'une heure, chloroformisation comprise.

La malade semble se remonter le premier jour, malgré de vives douleurs dans le ventre. Mais la péritonite continue son cours et deux jours après, elle meurt après de très grandes souffrances. L'utérus contenait un fœtus vivant de quatre mois environ.

Cette observation comporte quelques enseignements utiles. L'insuccès qui a suivi l'hystérectomie n'est pas dû à l'acte opératoire en lui-même, car il n'a été en aucune façon laborieux. J'attribue plutôt l'issue fatale à la péritonite qui avait déjà débuté avant l'intervention. J'avoue qu'il eût été préférable d'opérer quelques jours auparavant, alors que déjà la situation me paraissait fort compromise, et de ne pas me laisser émouvoir par les exemples d'amélioration spontanée observés parfois pendant la grossesse. Certes, il ne faut pas nier la possibilité d'un désenclavement spontané sous l'influence de l'évolution de la grossesse; les contractions douloureuses ressenties par notre malade sont la preuve des efforts faits par l'organe pour s'échapper du cercle inextensible qui l'entourait. Mais ces efforts peuvent être impuis-

sants ; c'est là ce que le chirurgien doit apprécier et ce n'est pas chose facile. — Je ne veux point discuter ici si l'avortement provoqué doit être préféré dans certains cas à l'hystérectomie. Qu'il me suffise de dire que dans le cas précédent, cette éventualité ne pouvait être mise en cause, puisque le col utérin était inaccessible ; du reste les auteurs qui ont mis l'avortement provoqué en parallèle avec l'hystérectomie, se sont presque tous prononcés en faveur de cette dernière, comme étant moins grave et plus radicale. Il n'est pas jusqu'aux accoucheurs eux-mêmes qui, pour la plupart, ne préfèrent l'hystérectomie (Depaul, West, Guéniot, Charpentier).

J'ai parcouru la littérature médicale pour rassembler les faits analogues au précédent, me servant des travaux antérieurs de Schrœder, de Hofmeier, de Martin, de Pestalozza. J'ai pu réunir 29 cas d'amputation supravaginale pendant la grossesse. Toutes ces observations se rapportent à des fibromes volumineux isolés ou multiples, non justiciables de la myômectomie simple ou de l'énucléation, ayant produit des phénomènes d'incarcération pelvienne ou d'intolérance manifeste. La première observation est de Barnes et remonte à l'année 1877 ; les plus récentes sont dues à Freund et à Wyder et datent de 1890. L'opération a été pratiquée généralement entre 3 et 5 mois, et souvent dans des conditions très mauvaises. Je relève 11 morts sur ces 29 observations, soit une proportion de 37,8 p. 0/0. Avec les procédés actuels, ce chiffre s'abaissera certainement, surtout si l'expectation à outrance n'est plus admise en principe. Je suis persuadé qu'alors la mortalité de l'hystérectomie pendant la grossesse se rapprochera de celle de l'hystérectomie ordinaire. N'a-t-on pas fait souvent remarquer que la laxité des ligaments larges, la position élevée de la matrice, étaient des circonstances favorables à la formation d'un pédicule? (Hégar, Landau, Martin, Schrœder, Hofmeier.) Tous les chirurgiens qui ont pratiqué des opérations sur l'utérus gravide ont remarqué l'extensibilité considérable des tissus péri-utérins assouplis et distendus par la grossesse ; tous ont noté également la vascularisation énorme de ces organes. Cette vascularisation constitue un danger que d'excellents opérateurs n'ont pu éviter. Martin a perdu une malade de péritonite hémorragique. Les risques opératoires seront surtout considérables, lorsque l'inclusion de la tumeur dans un des ligaments larges nécessitera une énucléation au centre de tissus éminemment vasculaires et gorgés de liquide (cas de Karstroem). Quoi qu'il en soit, on peut dire que le plus souvent l'hystérectomie pendant la grossesse n'est pas une opération très difficile ; elle peut être menée à bien grâce à une certaine rapidité dans l'acte

opératoire, grâce au lien unique qui entoure le pédicule sans trop l'étreindre, pour éviter de rompre les vaisseaux ligamentaires gorgés de sang. Trop souvent, malheureusement, on a à compter avec l'état d'épuisement des malades, avec les accidents gravido-cardiaques, ou avec l'albuminurie et les lésions rénales, comme dans un cas de Bidder.

Il semble qu'en raison de la facilité d'extérioration du pédicule, les opérateurs aient dû toujours préférer le traitement extra-péritonéal. Sur les 29 observations, 9 fois le pédicule fut abandonné dans le ventre et sur ces 9 cas, il y eut 3 morts. Dans 7 observations, nous n'avons trouvé aucune mention du mode de traitement du pédicule. L'hystérectomie totale avec drainage vaginal inférieur n'a pas encore été tentée à notre connaissance. Nul doute qu'elle ne trouve durant la grossesse une de ses meilleures indications, car elle mettrait à l'abri d'un accident plusieurs fois mentionné, l'épanchement séro-sanguin dans le cul-de-sac de Douglas.

Les causes de la mort dans les observations que nous avons parcourues, se rapportent pour la plupart à la péritonite. Deux fois la mort survint 11 jours après l'opération (Martin, Etheridge); deux autres malades succombèrent l'une le sixième jour (Wasseige), l'autre le neuvième jour (Walter). Le shock et l'hémorragie sont rarement mentionnés comme accidents mortels.

III. — L'amputation supra-vaginale, telle que je l'ai envisagée, a été pratiquée seulement pendant les 6 premiers mois de la grossesse. Seule une observation de Freund se rapporte au huitième mois. Est-ce à dire que les fibromes ne doivent plus intéresser le chirurgien dans les derniers mois de la gravidité? Durant les trois derniers mois, le chirurgien a deux existences en vue, celle de la mère et celle du fœtus. Si avec les plus grandes précautions, on a pu doubler le cap du septième mois, tout danger n'est pas écarté, mais il importe de gagner du temps sans toutefois laisser mettre trop directement en jeu l'existence de la mère. Voici à ce sujet un cas fort intéressant qu'il m'a été donné d'observer tout récemment.

J'avais admis dans mon service, vers le sixième mois de sa grossesse, une femme de quarante à quarante-cinq ans environ, non mariée, d'une excellente santé habituelle, atteinte depuis plusieurs années d'un fibrome utérin volumineux. Cette femme souffrait d'oppression et de douleurs assez fortes dans le ventre depuis quelque temps. Son médecin me l'avait confiée, pensant qu'une intervention chirurgicale pouvait devenir urgente.

La palpation abdominale révélait la présence sur l'utérus gra-

vide de nombreux fibromes mamelonnant sa surface. Une tumeur plus volumineuse faisait saillie au-dessus du pubis et se prolongeait dans le bassin. L'utérus était fortement incliné à droite. Par le toucher vaginal, on sentait une tumeur globuleuse, régulière, remplissant tout le bassin, fermant entièrement le canal vaginal, sauf en un point situé fortement en haut et à gauche, où l'on percevait la lèvre inférieure du col. Le canal cervical n'était point accessible. Le fibrome semblait moulé sur le pelvis; toutes les tentatives pour le repousser vers l'abdomen étaient infructueuses. Toutefois la miction était restée facile, quoique fréquente. La constipation était régulière. Mon diagnostic fut : grossesse de six mois environ; utérus incliné à droite; fibrome volumineux développé sur la face latérale de la matrice, probablement intraligamentaire et incarcéré dans le bassin. Mon pronostic fut très réservé. J'observai la malade jusque vers le huitième mois. A ce moment, elle ne pouvait plus quitter son lit. Elle éprouvait des douleurs dans le ventre et dans les membres inférieurs. Des accès d'oppression revenaient fréquemment; en même temps apparaissait dans l'urine une faible proportion d'albumine, due probablement à des phénomènes de compression sur les uretères et à la distension rénale.

En face de ces accidents, je me sentais tout disposé à intervenir. Cependant j'hésitais encore; je fis part de mes doutes au professeur A. Herrgott et à mon collègue Remy qui, après mûre réflexion, me conseillèrent d'attendre encore. Au lieu de s'améliorer, la situation de la malade s'aggravait. Quinze jours environ avant le terme normal de la grossesse, apparurent des accidents gravido-cardiaques d'une grande intensité, que l'on réussit à conjurer momentanément par la caféine et la digitale.

Je voulus de nouveau saisir le bistouri; mes collègues m'en dissuadèrent, comptant encore sur les forces de la nature pour terminer favorablement la grossesse. Cependant la tumeur s'enclavait de plus en plus, le col utérin remontait encore et des contractions utérines faisaient présager un début prochain du travail. Je renonçai, sur les conseils de mes collègues, à intervenir avant le travail. Lorsque ce dernier commença, on désespéra pendant plusieurs heures de voir l'accouchement aboutir; le fibrome restait immuable dans sa loge pelvienne. Tout d'un coup on s'aperçut qu'il remontait sous l'influence des contractions utérines; il quittait le bassin et laissait la place au segment inférieur de l'utérus. L'accouchement se termina spontanément après un travail de plus de douze heures.

Dans la seconde observation que je rapportais tout à l'heure, j'exprimais le regret de m'être laissé aller à une expectation pro-

longée; dans ce troisième fait, je me félicite d'avoir su attendre. Où est la juste mesure? Tout est livré à l'appréciation du chirurgien. Une grossesse compliquée de fibrome, qui se trouve sérieusement menacée dès les premiers mois, qui cause des troubles nerveux ou inflammatoires très marqués, ne peut guère bénéficier de longues temporisations, bien au contraire. Mais dans les derniers mois de la gestation, l'expectation semble devoir être conseillée, surtout dans l'intérêt de l'enfant, à moins d'indications pressantes.

Il faut reconnaître que l'heureuse terminaison dont j'ai été le témoin étonné, est une exception. Souvent on pourra laisser échapper l'occasion propice d'une hystérectomie faite de propos délibéré avant le travail, à l'abri des causes d'infection qui accompagnent fatalement tout accouchement possible ou impossible, pour tomber dans l'éventualité plus redoutable d'une section césarienne ou d'une opération de Porro.

La gravité de l'hystérectomie diffère beaucoup suivant qu'elle est pratiquée pendant le travail ou avant le travail. Martin (*Thèse* de Nancy, 1891) a réuni 18 cas d'hystérectomie suivant la méthode de Porro ou ses dérivés. Sur ces 18 cas, il compte 10 morts et 8 guérisons, soit une mortalité de 55 p. 0/0 environ. Cinq enfants seulement furent extraits vivants.

Les conclusions qui ressortent de ces trois faits, me paraissent pouvoir être formulées sous ces trois propositions :

1. La myômectomie pendant la grossesse doit être entreprise seulement en cas de troubles accentués. Cette opération ne semble pas être sensiblement plus grave pour la mère qu'en dehors de la gravidité. L'avortement est à redouter surtout si l'on pratique l'énucléation;

2. L'hystérectomie supra-vaginale pendant la grossesse est une opération de nécessité, qui supprime la grossesse et expose la vie de la mère. La mortalité ne dépasse guère celle de l'hystérectomie ordinaire, à moins que l'intervention ne soit trop retardée;

3. L'hystérectomie pendant le travail est une opération meurtrière. On doit lui préférer l'hystérectomie pratiquée avant le travail, quand la femme n'est pas encore surmenée ni infectée. Les cas où l'expectation a sauvé la mère et l'enfant (Depaul, Guéniot, Herrgott), malgré des symptômes graves, sont trop rares pour inspirer une ligne de conduite dans la pratique.

Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes utérins interstitiels,

Par le Dr R. LARGEAU (de Niort).

J'ai eu en 1892 l'occasion de faire trois fois l'hystérectomie abdominale totale pour gros fibromes utérins, et je me propose de vous dire les raisons de mon intervention, les procédés que j'ai employés, et les résultats que j'ai obtenus.

La première de mes malades, âgée de quarante-cinq ans, portait son fibrome depuis huit ans au moins. Elle avait des règles très abondantes, des pertes sanguinolentes ou blanchâtres dans l'intervalle, mais elle était si peu gênée qu'elle prenait part à tous les travaux des champs. Il fallut pour la décider à me consulter une crise d'obstruction intestinale menaçant sa vie. Elle fut prise, dix jours avant son entrée à l'hôpital, de vomissements verts et fécaloïdes avec coliques violentes; elle était constipée depuis huit jours. Les purgatifs, le repos au lit et le régime lacté eurent raison de ces accidents, mais craignant une nouvelle crise, mortelle cette fois, je lui proposai l'opération à laquelle elle était d'ailleurs bien décidée.

La tumeur qu'elle portait, régulière et dure, avait le volume et l'aspect d'un utérus au septième mois de la grossesse. On sentait très bien à travers la paroi abdominale le bord des ligaments larges tendu comme une grosse corde et allant du fond de l'utérus aux fosses iliaques.

Le col était complètement effacé, son orifice externe se sentait sous la forme d'une dépression à bords durs, à la partie antéro-supérieure du vagin. Toute cette portion supérieure de la cavité vaginale était remplie par une grosse masse arrondie s'enfonçant comme un bouchon dans le petit bassin qu'elle remplissait.

Le fibrome s'était développé dans la paroi postérieure de l'utérus, qui lui-même s'était hypertrophié à mesure que la tumeur grossissait.

Le deuxième cas était presque identique au précédent, mais le fibrome s'était développé cette fois dans la paroi antérieure de la matrice. Comme l'autre, il était enfoncé dans le petit bassin. Le col était effacé complètement, mais cette fois placé en arrière. La masse tout entière remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'y avait pas d'obstruction intestinale complète, mais la malade demandait l'opération pour échapper à des hémorragies et à des douleurs atroces au moment de chaque époque menstruelle.

Le troisième cas était celui d'une femme vierge de trente-

cinq ans. Elle avait un fibrome à marche rapide, et souffrait d'un ténesme vésical presque continu et de crises d'obstruction intestinale mettant sa vie en danger. La disposition de la tumeur utérine se rapprochait tellement de celle que je viens de décrire que je n'insisterai pas.

J'ai donc été obligé par des accidents graves : obstruction intestinale, hémorragies ou douleurs, de recourir à l'opération dans trois conditions presque identiques.

Avais-je le choix du procédé? Je ne pouvais songer à attaquer par le vagin des tumeurs d'un pareil volume. Il ne fallait pas davantage compter pouvoir faire un pédicule extérieur ou inclus dans le ventre. Je ne pouvais me borner à faire la castration ovarienne en présence d'accidents menaçant la vie à bref délai. Il n'y avait d'autre ressource que l'hystérectomie abdominale totale.

Le procédé que j'ai employé dans les trois cas est le suivant :

Longue incision du ventre, telle que la tumeur sorte aisément de la cavité abdominale. Ligature des ligaments larges en un ou deux faisceaux selon leur volume. Ces ligaments sont alors coupés de chaque côté jusqu'à l'utérus et la tumeur qui n'est plus retenue par ces solides cordages latéraux tend à se dégager du petit bassin. Opérant dans la position inclinée, je n'avais pas besoin de faire tenir la tumeur. Son propre poids (6 kil. 500 dans le 1er cas) suffisait à l'entraîner. J'incisai alors le péritoine au-dessus de l'insertion vésicale en avant, plus bas en arrière. Je décollai la vessie soit avec l'ongle, soit avec des ciseaux mousses, en rasant l'utérus et en entamant plutôt sa substance pour éviter l'uretère. La vessie fut bientôt décollée et je vis les points où s'insérait le vagin en avant, grâce au doigt d'un aide conduit à la rencontre de mes ciseaux. *J'ai ouvert alors le cul-de-sac antérieur*, puis j'ai attaqué les parties latérales (la région des artères) en faisant à l'aide de deux ou trois pinces l'hémastose préventive. Comme je voyais très bien ce que je faisais, il m'était facile d'arrêter le sang quand il en venait.

Je n'en ai pas perdu 5 grammes, dans l'opération qui a le plus saigné.

L'insertion postérieure du vagin se détache facilement. — Il reste alors, la tumeur enlevée, une ouverture elliptique au centre de laquelle on voit l'extrémité froncée en bourse du vagin désinséré.

Je me suis comporté alors de trois façons différentes, à la recherche que j'étais du mieux.

Dans le premier cas le vagin était très allongé, ayant été attiré en haut par le développement de la tumeur. — Aussi je pris le parti, après avoir fait une fermeture partielle du péritoine de

chaque côté, de le fixer à la partie inférieure de la paroi abdominale pour éviter toute infection du péritoine. Le procédé m'aurait donné, je crois, un bon résultat sans un accident survenu le troisième jour. La malade s'était bien remise de l'opération; elle ne souffrait pas, mais le cathétérisme qu'on lui faisait était douloureux. Elle voulut s'y soustraire, et, en l'absence de la surveillante, elle se leva de son lit pour uriner seule, ce qu'elle accomplit d'ailleurs assez facilement. Mais elle fit rompre dans ses efforts quelques fils de la suture vagino-abdominale. Il y eut infection de la plaie; une suppuration s'établit autour de l'ouverture vaginale, et la malade finit par succomber, quinze jours après l'opération. C'était un accident qui ne saurait servir d'argument contre l'opération.

Dans la seconde opération, j'ai fait la suture partielle du péritoine comme dans la première, mais j'ai laissé le vagin ouvert en le tamponnant lâchement avec de la gaze iodoformée. J'ai mis un drain de verre à la partie inférieure de la plaie abdominale. J'avais ainsi double drainage, abdominal et vaginal, qui a été, je crois, très utile et la cause du succès complet et rapide que j'ai obtenu. — Une abondante exsudation séro-sanguinolente se fit dans les trois jours qui suivirent l'opération. Il fallut changer fréquemment le pansement et faire trois fois par jour de grands lavages vaginaux, mais il n'y eut pas de fièvre. La plus haute température fut de 38°,5 et le pouls ne dépassa jamais 100°. — La malade est aujourd'hui dans un état de santé excellent.

Dans mon troisième cas, voulant éviter le drainage par le vagin et influencé par la lecture du mémoire de Doyen qui venait de paraître, je fis la suture complète du vagin rebroussé en dedans. Je fermai complètement le péritoine par-dessus et je me bornai à mettre un drain abdominal. — L'opération avait été facile et rapide.

La malade fut prise dans les heures qui suivirent l'opération de crachotements très fréquents, d'agitation sans douleurs vives; le pouls devint très rapide et elle succomba le troisième jour, de septicémie aiguë certainement.

Je crois que la désinfection toujours difficile du vagin n'avait pas été complète (il s'agissait d'une femme vierge à vagin étroit), et je crois que le drainage n'était pas suffisant. Si j'avais employé le même procédé que pour ma deuxième malade, elle aurait guéri aussi bien. — Il y a dans ces opérations une surface sanglante très étendue où il se produit une forte exsudation. Il faut que ces liquides s'évacuent rapidement au dehors.

Si les interventions vaginales réussissent bien en général, c'est que tout d'abord on intervient plus tôt et dans des cas favorables

où la femme n'est pas anémiée par des accidents graves, et surtout, je crois, parce qu'on fait un meilleur drainage. Tous les tissus péri-utérins sont entraînés par en bas, toutes les exsudations trouvent issue par la large brèche ouverte, et si quelques germes septiques existent dans les régions sectionnées, ce qui est inévitable dans les cancers ou les suppurations pelviennes, ils sont rapidement conduits au dehors. — Dans les opérations par la voie abdominale au contraire, on cherche généralement à fermer le péritoine le plus possible. Je crois qu'on a tort. Quand le pédicule d'une hystérotomie reste externe, il y a beaucoup plus de chances de succès, cela est démontré. De même, dans l'hystérectomie abdominale totale, je crois qu'il vaut mieux laisser le vagin et le péritoine largement ouverts et facilement drainés.

A mesure d'ailleurs qu'on perfectionnera l'hystérectomie abdominale, les succès seront plus nombreux, et beaucoup de cas qu'on traite par le morcellement seront traités par elle. — La route abdominale n'est pas la plus longue. Elle a sur la voie vaginale l'avantage d'être moins obscure et moins sale.

Je conclurai en disant que l'hystérectomie abdominale totale est quelquefois la seule ressource contre les accidents graves provoqués par certains gros fibromes interstitiels, et je crois qu'elle donnera autant de succès que l'hystérectomie vaginale et même que l'ovariotomie, quand on la connaîtra mieux et qu'on employera des procédés plus précis.

Hystérectomie laparo-vaginale pour gros fibromes utérins,

Par le Dr Le Bec (de Paris).

Je désire appeler votre attention sur une opération qui n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois par d'habiles opérateurs, et qui ne semble pas avoir reçu des chirurgiens tout l'accueil dont elle est digne.

Sous le nom significatif de *hystérectomie laparo-vaginale*, je veux désigner le procédé qui a pour but l'ablation totale du pédicule et du col par le vagin, quand le corps, atteint de gros fibromes, a été enlevé par la laparotomie. Ce nom distingue ce procédé de l'hystérectomie abdominale totale, qui se fait toute par le ventre, et de l'hystérectomie vaginale, qui se fait tout entière par le vagin.

Votre expérience clinique vous a appris que le traitement du pédicule est l'objet de toutes les préoccupations du chirurgien.

C'est pour se mettre en garde contre les dangers qui résultent de la présence de ce pédicule que l'on a imaginé les deux procédés intra et extra-péritonéal. Or, il faut bien l'avouer, tous les deux ont leurs dangers.

Le pédicule *rentré* est certainement celui qui théoriquement approche le plus de la perfection idéale. Il permet la fermeture du ventre, ne laisse pas de traces apparentes, et n'expose pas aux éventrations. Malheureusement il expose à de terribles dangers. Le lien constricteur peut glisser, ce qui est arrivé, et une hémorragie mortelle en est la suite. Si le pédicule est trop fortement serré, il peut se faire une gangrène septique du moignon, et par suite une infection péritonéale.

De plus, les études faites par le Dr Boileux, dans le laboratoire de Martin, de Berlin, lui ont montré que la cavité du col est un réservoir plein de germes pathogènes. Il a pris les cols utérins, qui dans les hystérectomies totales de Martin, représentaient le pédicule utérin, si on l'avait rentré. Il a fait des cultures avec des fragments de col et 7 fois sur 10 il a obtenu des microbes qui, s'inoculant au péritoine, pouvaient déterminer une péritonite septique en quelques heures.

A une période plus tardive, on a vu une inflammation suppurative se faire autour du lien constricteur, et ce lien s'éliminer en perforant le cul-de-sac de Douglas, après une longue et grave suppuration.

Enfin on a observé des cas dans lesquels le moignon était tombé en arrière sur le rectum, assez pour le comprimer; même il peut contracter des adhérences avec l'épiploon, former des brides capables de donner lieu à des phénomènes d'étranglement interne.

Le procédé *extra-péritonéal* expose moins à des dangers immédiatement mortels, mais il a un inconvénient. Si le pédicule est gros et court, il tire énormément et détermine des douleurs très vives qui retentissent sur la vessie.

La cicatrisation totale est lente, elle peut mettre 30 jours à se faire et expose le malade aux dangers d'une infection secondaire. Plus tard peuvent se former des fistules interminables. Enfin la malade est toujours exposée à une éventration, car la partie inférieure de la cicatrice est toujours faible.

J'ajoute que les deux procédés ont un péril commun, c'est l'hémorragie grave par suite du glissement du lien de caoutchouc.

Tous ces inconvénients ont frappé les opérateurs. De là à l'idée de refermer le ventre et de faire l'extirpation du pédicule par le vagin, il n'y avait qu'un pas à faire. Ce pas fut franchi en 1882 par Bardenhauer, qui, dès le début, vit le parti excellent que l'on pou-

vait tirer du drainage vaginal, et conseilla de faire descendre les ligaments larges par le vagin en les liant fortement.

Martin (1887) fit plus de 30 fois cette opération avec seulement une mort par hémorragie secondaire.

Nous voyons ensuite le nom de Chrobak (1891), Bouilly (1891), qui eut à opérer un fibrome compliqué d'un cancer du col; Guermonprez (1891) fit une opération uniquement par l'abdomen et extirpa le pédicule. Gouillioud (de Lyon, 1891) fit une opération exactement telle que nous l'avons comprise dès notre première opération, et guérit sa malade.

Nous sommes loin de penser que l'*hystérectomie laparo-vaginale* doive être appliquée à tous les fibromes. Il en est qui se traitent d'une manière moins périlleuse, ce sont ceux d'un volume médiocre, qui sont retirés presque en entier dans le bassin et sont accessibles par le vagin. Peu importe leur situation anatomique, qu'ils soient sous-muqueux, interstitiels ou même sous-séreux. Le morcellement leur est applicable avec plus d'avantages, et moins de risques périlleux. Cette méthode de Péan est parfaite et elle permet de détruire des tumeurs assez volumineuses sans grande perte de sang, si l'on a soin de les attaquer du centre à la périphérie.

Les fibromes auxquels l'hystérectomie laparo-vaginale convient, sont ceux qui, énormes, ont une forme irrégulière, ceux qui partent du fond de l'utérus, ou ceux qui, partis des côtés de cet organe, s'infiltrent dans les ligaments larges et sont trop irréguliers pour être détruits par le vagin.

La seule difficulté de l'opération provient du grand développement des vaisseaux contenus dans les ligaments larges, et dont il faut surtout assurer l'hémostase. Pour le faire, on peut tirer un heureux parti de la manière dont les vaisseaux sont disposés.

En étendant fortement les ligaments larges, on voit nettement que les vaisseaux sont disposés en deux groupes. Le groupe externe comprend les vaisseaux utéro-ovariens, il est considérable et peut être isolé de l'utérus; le groupe interne, très épais, est accolé à l'utérus et ne peut pour ainsi dire pas en être séparé. Entre ces deux groupes, il existe toujours un espace celluleux, transparent, mince, large de 2 à 3 centimètres, haut de 3 à 5, que l'on distingue facilement en regardant le ligament par transparence. C'est là qu'il convient de faire passer le premier fil, qui étreindra l'artère et les veines utéro-ovariennes. On place ensuite une pince courbe sur l'ovaire et la trompe, et l'on coupe entre la pince et la ligature. Il est en général très difficile, et quelquefois impossible, de placer un deuxième fil entre le second groupe vasculaire et l'utérus, car

les veines sont tellement serrées, qu'on les crève très facilement en passant le fil constricteur.

On lie ensuite le ligament rond. Cela fait, on dissèque la vessie de haut en bas, si elle remonte sur la face antérieure du fibrome et on place un tube de caoutchouc sur le pédicule, comme dans l'hystérectomie ordinaire, mais le plus bas possible.

Nous pensons qu'il est essentiel de bien lier les vaisseaux du groupe externe du ligament large, avant de mettre le lien de caoutchouc. Si l'on agit autrement, voici ce qui se passe. Le caoutchouc tend fortement le ligament et le plisse. Si on saisit le ligament en cet état avec les pinces à ligament large, les pinces étreignent une masse épaisse et se ferment mal à leur extrémité supérieure. Plus tard, quand on détache le moignon par le vagin, le ligament se détend, et toute la partie supérieure, qui contient les vaisseaux utéro-ovariens, s'échappe de la pince. C'est ce qui nous est arrivé dans notre première opération, mais comme le ventre n'était pas encore fermé, il nous a été facile de saisir les vaisseaux et de les lier.

Après que le lien constricteur a été placé, la tumeur est coupée au-dessus de lui.

Cette section ouvre la cavité utérine, dont la muqueuse fait hernie et peut infecter le péritoine. Il est bon de la réséquer, et de mettre une pince de Museux qui ferme cette cavité et en même temps peut servir à fixer le moignon. On peut à ce moment perforer le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac antérieur, en mettant un instrument quelconque comme guide dans le vagin.

On va maintenant opérer par le vagin. Avant de le faire, nous conseillons de fermer l'ouverture du ventre provisoirement avec une ou deux fortes pinces plates qui ne portent que sur la peau.

La malade est ensuite mise dans la position gynécologique, les cuisses relevées, le vagin ouvert par des valves. Le col est saisi avec une pince et abaissé. On ouvre les culs-de-sac antérieurs et postérieurs, comme dans l'hystérectomie vaginale classique, si on ne les a pas ouverts précédemment. Le moignon n'est plus retenu latéralement que par l'extrémité inférieure des ligaments larges où se trouve l'artère utérine.

A ce moment, les pinces de la plaie abdominale sont enlevées; on introduit une main dans le ventre et on reconnait la position du moignon. De l'autre main libre, on place par le vagin les longues pinces à ligament large de chaque côté du moignon, pendant que la main, introduite dans le ventre, vérifie leur situation et s'assure que le pincement ne laisse rien à désirer. On peut même contrôler l'état des choses par la vue.

Il ne reste plus qu'à détacher le col en coupant à une petite distance des pinces.

L'opération est terminée par la suture de la plaie abdominale, et le tamponnement léger du vagin avec de la gaze iodoformée.

Ainsi conduite, l'opération d'hystérectomie *laparo-vaginale* est sûre, les chances de l'hémorragie sont écartées, et, le vagin restant ouvert, il est possible de faire le drainage du péritoine pelvien. Ceci peut être d'un grand secours, quand on a trouvé des poches purulentes autour du fibrome, comme dans un cas de Gouillioud.

Notre plan opératoire diffère un peu de celui qui a été présenté avant nous, par deux points que nous regardons comme très utiles pour assurer la réussite de l'opération, savoir : la ligature des vaisseaux du ligament large poussée aussi loin que possible en utilisant les espaces celluleux, et l'introduction de la main dans le ventre pour guider les pinces placées sur les ligaments larges de chaque côté du pédicule.

Nous avons pratiqué sept fois cette opération, de mai 1891 à avril 1892, perdant 3 malades, la première en 10 minutes d'une embolie dont le point de départ a été trouvé dans la veine iliaque droite; la deuxième, morte le 7e jour avec des accidents asystoliques; la troisième de péritonite septique, dont l'origine fut une salpingectomie pour trompes suppurées, faite immédiatement avant. Aucun de ces accidents n'est imputable au procédé opératoire en lui-même, car ce sont des accidents qui ont été vus dans toutes les laparotomies.

Dans notre première opération, nous avons essayé de placer les grandes pinces avant d'enlever la tumeur. C'est là un procédé défectueux, impossible si le fibrome est volumineux, et nous ne l'avons pas employé depuis.

En somme, nous n'avons trouvé qu'une difficulté, c'est la ligature des ligaments larges, difficulté qu'il est facile de vaincre en liant le ligament par parties, comme nous l'avons décrit.

Ce procédé opératoire offre donc de grands avantages. Il est très sûr contre les hémorragies et permet une guérison aussi rapide qu'après une ovariotomie.

Observation I. — Léonie Rob..., vingt-sept ans, multipare, a été bien réglée depuis douze ans jusqu'à seize ans. A cet âge elle eut une hématocèle légère à la suite d'un refroidissement, puis une attaque de rhumatisme articulaire aigu. En mai 1891, la malade a eu une forte perte, qui s'est reproduite depuis à presque toutes ses époques menstruelles, qui sont douloureuses.

État actuel. — On sent un fibrome développé dans la paroi antérieure de l'utérus, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La masse est dure, immobile et fait corps avec l'utérus. Le vagin est très étroit.

Opération le 21 décembre 1891.

1er temps. Je commence par les incisions de l'hystérectomie vaginale, et j'ouvre les culs-de-sac antérieurs et postérieurs en décollant la vessie. Une éponge iodoformée est mise dans le vagin.

2e temps. Laparotomie. J'achève l'ouverture du cul-de-sac antérieur, qui n'était pas complète. Je place deux longues pinces sur les ligaments larges, en les guidant avec une main introduite dans l'abdomen. Je lie isolément les ovaires qui ne sont pas pincés.

Toute cette manœuvre est assez facile, car le fibrome n'est pas développé dans la partie basse de l'utérus.

Section de la matrice au ras des pinces, en soulevant la tumeur par l'incision abdominale.

Les pinces sont couvertes par une mèche de gaze iodoformée dont le bout passe dans le vagin. Fermeture du ventre.

Durée totale de l'opération, une heure.

22 décembre. — La malade est très agitée. Elle se plaint d'une vive douleur de l'estomac. T. 37°,2.

23. — Enlèvement des pinces vaginales. Le ventre est un peu ballonné. Glace sur le ventre. T. 37°,6.

24. — Je change la gaze iodoformée du vagin. Il coule un peu de sérosité sanguine. J'introduis une petite mèche iodoformée dans la plaie du cul-de-sac postérieur.

25. — La malade est très agitée. Il est impossible d'obtenir le repos nécessaire. La douleur est fort minime, car la malade se lève deux fois malgré tout ce qu'on lui dit et pendant deux courtes absences de la garde. T. 37°,9. Glace sur le ventre qui est un peu ballonné.

Le soir, à six heures, la malade se plaint d'une grande oppression. On appelle l'interne de garde qui trouve la figure altérée, anxieuse. Pouls 115. T. 38°,4. La malade peut à peine respirer. On fait une piqûre d'éther et la malade meurt au bout de dix minutes.

Autopsie. — En ouvrant le ventre, le péritoine semble normal dans la partie supérieure. Dans le pelvis deux plaques de péritonite très limitées et occupant très exactement la place où étaient les pinces. La veine iliaque droite est volumineuse, elle contient dans son intérieur un gros caillot de phlébite avec une partie fibrineuse qui semble rompue.

Thorax : Poumons emphysémateux. Péricarde contient un peu de liquide. Cœur flasque, de volume normal. Le cœur droit contient un caillot, ayant un long prolongement engagé dans l'artère pulmonaire. Ce caillot paraît être un fragment de celui de la veine iliaque.

Obs. II. — Mme Lel... Félicie, trente-neuf ans, demeurant à Passy. Règles venues à l'âge de quinze ans, régulières, habituellement abondantes. Elle a eu 4 enfants, le dernier il y a neuf ans.

Il y a huit ans, le ventre a commencé à grossir et à devenir sensible. Les pertes sont très fortes depuis cinq ans. Elle a été soumise au traitement électrique, par un spécialiste très au courant de la question; ce

traitement n'a fait qu'augmenter les douleurs et les pertes. La malade est dans un grand état de faiblesse et d'anémie.

État local. — Sur la ligne médiane on sent une tumeur molle, presque fluctuante, très mobile, large de 15 centimètres, et n'atteignant pas tout à fait l'ombilic.

Le col est à gauche. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent la tumeur molle.

L'hystéromètre pénètre à 7 centimètres seulement.

Opération le 11 janvier 1892. Laparotomie.

La tumeur paraît occuper tout l'utérus, et a une forme régulière, elle est presque fluctuante. Les annexes sont parfaitement saines. La tumeur étant très basse et les ligaments larges peu élevés, je me décide à les pincer par le vagin, sans faire de ligature préalable.

L'ouverture du ventre est fermée avec une large pince.

La malade est remise dans la situation de la taille. Le col est saisi avec une pince et les culs-de-sac sont ouverts, ce qui nécessite le pincement de plusieurs vaisseaux.

La main est ensuite placée dans le ventre et guide les longues pinces à hystérectomie, introduites par le vagin. Je sectionne ensuite le col par le vagin et l'utérus au ras des pinces. Comme les pinces n'étreignent pas bien la partie supérieure des ligaments larges, je place une ligature à la soie en ce point. A ce moment la pince qui était sur le ligament large gauche glisse, le sang coule en abondance, et je réussis à mettre une nouvelle pince.

Je place une mèche de gaze iodoformée sur les pinces, en la faisant sortir par le vagin.

Suture du ventre.

Durée totale, 1 heure 30 minutes.

La tumeur pèse plus d'un kilogramme. La cavité utérine a 10 centimètres de profondeur et autant de largeur. Le fibrome est situé dans la paroi postérieure. La muqueuse est très congestionnée, elle est soulevée par des vaisseaux volumineux dans toute sa hauteur, formant de véritables sillons. La paroi utérine a deux centimètres d'épaisseur. Le fibrome est mou; il contient de nombreuses lacunes kystiques. C'est un type de fibrome à géodes.

12 janvier. — T. 37°. Quelques vomissements de chloroforme.

13. — Les pinces sont enlevées.

14. — Je lave légèrement le vagin avec des tampons de coton hydrophile et du sublimé.

Pansement à la gaze iodoformée.

— Injections vaginales matin et soir.

La guérison s'achève sans encombre.

Décembre 1892. — La malade revient me voir. Elle a eu un abcès vaginal neuf mois après l'opération. Depuis elle s'est complètement remise.

Janvier 1893. — La malade revient. Elle est très bien remise. L'opération remonte à un an.

OBS. III. — Mme Léonie Po..., de Montargis, cinquante et un ans, règles

venues à l'âge de dix-huit ans. Cinq enfants. Règles habituellement douloureuses. Depuis deux ans elles sont devenues très irrégulières et surtout très abondantes, elles durent même quelquefois quinze jours. Violentes douleurs dans la région lombaire et les aines. Symptômes de compression intestinale.

Examen. — Tumeur médiane, large de 15 centimètres, remontant jusqu'à l'ombilic, uniformément dure, régulière, mobile. Toucher : col élevé, déformé et transporté à droite. Cul-de-sac postérieur œdémateux et rempli par une tumeur très dure. Hystéromètre se dirige à gauche et pénètre à 11 centimètres.

Opération le 25 janvier 1892.

1er temps. Laparotomie. La paroi abdominale est chargée de graisse, et l'incision dépasse l'ombilic. Ligature en chaîne des ligaments larges, des ligaments ronds. Décollement du péritoine et de la vessie sur la face antérieure du fibrome. A ce moment l'artère utérine gauche s'échappe de la ligature et est pincée de nouveau.

Un tube de caoutchouc est placé sur le pédicule de la tumeur près du col. La tumeur est coupée au-dessous.

2e temps. La malade est mise dans la position de la taille. Incision des culs-de-sac et abaissement du col, saisie de ce qui reste des ligaments larges avec les pinces, section du col au ras des pinces.

Je termine en enveloppant les extrémités des pinces avec des bandes de gaze iodoformée placées par l'abdomen et sortant par le vagin. Suture de la paroi du ventre.

Les pinces sont retirées au bout de trente-six heures. Le pansement vaginal est changé tous les jours.

La malade s'est levée le quinzième jour et est partie trois semaines après l'opération.

Obs. IV. — Mme Gir..., de Paris, cinquante-six ans, a eu un seul enfant à l'âge de vingt-deux ans.

L'accouchement fut normal et les suites bonnes. Règles régulières jusqu'à l'âge de quarante ans. A cette époque, elle remarqua que le sang venait plus abondant. Elle consulta son médecin qui reconnut un fibrome et lui dit que la guérison se ferait naturellement à la ménopause, qui eut lieu à l'âge de cinquante ans. De cinquante à cinquante-cinq ans et demi, rien à noter.

A cinquante-cinq ans et demi les hémorragies réapparaissent très fortes, et le ventre se met à grossir très rapidement. Son médecin actuel, le Dr Peysson, me fait appeler et nous constatons l'état suivant.

Ventre volumineux, saillant en avant, distendu par une tumeur qui occupe les deux fosses iliaques et remonte presque jusqu'à l'appendice xyphoïde. La tumeur est nettement fluctuante. De chaque côté on trouve un petit corps du volume d'une grosse noix se déplaçant facilement, et assez sensible. Il est évident que ce sont les ovaires. La tumeur est assez mobile transversalement.

Par le toucher, on ne sent pas la tumeur, et l'utérus paraît fort peu se mouvoir avec elle.

Hystérométrie, 15 centimètres.

Je porte le diagnostic de tumeur fibreuse avec un grand kyste.

État général satisfaisant, rien dans les urines ni au cœur.

3 février 1892. — Opération. Laparotomie. Je ponctionne inutilement la tumeur qui est très fluctuante. La masse est sortie du ventre; elle est deux fois plus volumineuse qu'une tête d'adulte.

Ligature successive des trompes, des ligaments ronds et larges. Celui de droite est lié facilement; celui de gauche se déchire pendant qu'on soulève la tumeur. J'arrête difficilement le sang veineux, et je lie l'artère utérine qui s'est rompue.

Le péritoine est ensuite disséqué en avant et la vessie isolée de haut en bas.

Je place un lien de caoutchouc circulaire très bas sur le col, avec une certaine peine, car le fibrome descend jusque dans le col. La masse est coupée au-dessus du lien constricteur.

La malade est mise dans la position de la taille.

Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.

Deux pinces longues sont mises de chaque côté du col, en les guidant avec une main introduite dans le ventre. Section au ras des pinces et enlèvement du col.

A ce moment un incident se produit. La pince droite glisse, l'artère utérine s'échappe et donne du sang. Elle est du volume de la radiale. Je la saisis avec une pince passant par le vagin, ce qui est facile à faire le ventre étant ouvert. Je place ensuite sur les pinces une bande de gaze iodoformée dont le bout sort par le vagin. Le ventre est fermé par une suture.

Examen de la tumeur. Poids : environ 10 kilos.

Utérus. La cavité est de 18 centimètres de haut et large de 20. La muqueuse est rouge. Il existe dans l'angle droit une masse volumineuse faite de franges épaisses, très longues, molles, vasculaires et très saignantes.

La tumeur est formée par plusieurs gros kystes remplis les uns de caillots, les autres d'un liquide séro-sanguin ou de sang pur.

L'enveloppe est charnue, élastique, épaisse de 5 à 8 millimètres. Les cloisons entre les kystes sont friables. Nulle part il n'existe de corps fibreux manifeste. C'est une tumeur kystique, probablement partie d'un fibrome qui est réduit à l'état de paroi d'un des kystes.

Après l'opération la malade est très faible; pouls très petit. Je la relève avec des injections sous-cutanées de caféine, suivant la méthode de Roussel. Elle reprend vite connaissance.

4 février. — La nuit a été sans sommeil. P. 116. T. 38°,3.

Ventre souple. La malade se plaint d'une sensation d'oppression. Elle fait de profondes inspirations. Caféine, 1 gr. 50. Arséniate de strychnine, 3 milligrammes sous la peau.

5. — Enlèvement des pinces, ce qui ne provoque pas de douleurs. T. 37°,5; P. 96. Le pouls est petit, inspirations très profondes.

8. — État général stationnaire. Pouls plus petit, à 116, avec quelques intermittences. La malade est calme; elle mange. L'intestin a repris spontanément ses fonctions. Caféine et strychnine.

9 février. — La malade se plaint d'une sensation d'oppression, elle respire plus lentement. Pouls précipité et irrégulier. P. 116; T. 37°,4. Un souffle très fort se fait entendre au 1er temps et à la base du cœur. Ventre souple.

10. — La malade est affaissée. P. 120 à 130, irrégulier; souffle au cœur. Respiration profonde, connaissance parfaite. Contractions du cœur sont faibles, irrégulières. Il est évident que cet organe qui paraissait sain est gravement malade et faiblit de plus en plus.

Mort le soir dans le plus grand calme.

Obs. V. — Thérèse Bula... entre à l'hôpital Saint-Joseph le 25 janvier 1892. Quarante-six ans. Réglée à quinze ans, toujours très abondamment. Deux enfants, l'un à trente, l'autre à trente et un ans. Les couches ont été bonnes, les règles sont revenues ensuite, mais avec une avance de huit jours en général. Vers le milieu de novembre 1891, elle a commencé à sentir de violentes douleurs dans le ventre, avec accidents d'obstruction intestinale, dus à son fibrome qu'elle connaissait depuis quelque temps. Les purgatifs étaient sans résultat, et la malade était devenue très anémique. Elle a été soignée par le traitement électrique, qui l'a fait souffrir et on lui a dit qu'elle ne le supporterait pas. Elle a dû y renoncer.

Examen. — L'utérus est collé contre le pubis. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse irrégulière, très dure, fortement enclavée dans le bassin. Par le palper, on sent peu la tumeur au-dessus du pubis.

Opération, 1er février 1892. Laparotomie. Le fibrome est volumineux, très enclavé dans le bassin. Ligature des ligaments ronds et larges, droits et gauches. Ablation des annexes.

L'ovaire droit contient un kyste hématique assez volumineux. La vessie est décollée de la face antérieure du fibrome, très bas. Je place assez difficilement un lien circulaire de caoutchouc pour fermer un pédicule parce que le fibrome descend très bas. La tumeur est enlevée et je ferme l'ouverture de l'utérus avec une pince de Museux, de crainte d'infecter le péritoine.

La malade est mise dans la position de la taille.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont ouverts.

Je place deux pinces longues sur les ligaments larges, et j'enlève le col. Les pinces sont aussi couvertes par une bande de gaze iodoformée qui passe dans le vagin.

2 février. — Vomissements abondants. Grande agitation.

3 février. — Enlèvement des pinces. T. 37°,5 matin; 38° soir.

4 février. — Douleurs dans le ventre. Ventre sensible, je change la gaze du vagin. T. 37°,8 matin; 38°,3 soir.

5 février. — Symptômes de péritonite. T. 39°,5. J'ouvre la cicatrice vaginale. Il coule un liquide séro-sanguin odorant. Je place un drain en T, et je fais un léger lavage au sublimé. Je mets un crayon d'iodoforme dans la cavité, le vagin est mollement tamponné de gaze iodoformée.

6 février. — Même état. Vomissements légers. T. 39°. Affaiblissement visible.

7 février. — Mort sans vives souffrances.

Examen de la tumeur. Le fibrome a une forme allongée, du volume

de 2 poings. Il est encapsulé et formé de masses juxtaposées. En arrière est un second fibrome sous-séreux. Il présente à sa surface de nombreuses plaques calcifiées. A la surface se voient de gros sinus veineux rampant tout autour du fibrome.

Autopsie. — La réunion de la laparotomie est faite. Ventre ballonné. Le péritoine pelvien contient un épanchement de liquide grisâtre, fétide. L'intestin est peu coloré. La rougeur est vive à l'endroit où étaient les pinces. Il est évident que la péritonite est partie de ce point.

Obs. VI. — Mme Gir..., de la Côte-d'Or, m'est adressée en 1891 pour une tumeur utérine causant des pertes. C'est une personne de quarante-trois ans, grande et forte. Elle a eu 4 enfants, ses couches ont été bonnes.

Sa maladie actuelle remonte à trois ans. Elle éprouve une pesanteur du ventre, ses digestions sont difficiles, et surtout ses règles sont d'une abondance extraordinaire, en véritables pertes, et durent dix à quinze jours. Cette dame venant pour me consulter, je conseille l'usage de la sabine, 0,30 centigrammes avant le premier repas, le repos pendant les règles, les injections chaudes. Ce traitement fut rigoureusement suivi sans résultat pendant six mois. La malade revint décidée à une opération radicale, parce que sa santé s'épuisait rapidement.

État local. — L'utérus est volumineux. La tumeur forme une masse large de 0,15 centimètres et de forme ronde. Le col est soulevé. On sent nettement que la tumeur se prolonge à gauche de l'utérus, et qu'elle est très fixée en ce point. Elle est dure partout; on ne sent pas les ovaires augmentés de volume.

État général excellent. Cœur en bon état.

Opération le 5 mars 1892. Laparotomie. La masse est du volume d'une tête d'adulte. Elle est attirée hors du ventre avec peine, parce qu'elle est fortement adhérente dans le cul-de-sac de Douglas et qu'elle n'est pas pédiculée. Un fil est passé sous les trompes et les ovaires, dans l'espace celluleux qui se trouve au milieu des ligaments larges. Je fais même une ligature plus près de l'utérus. Ce dernier temps est très difficile parce que la tumeur est infiltrée entre les lames du ligament large gauche. La vessie est décollée de haut en bas.

Je place le lien de caoutchouc, formant ainsi un pédicule qui est très volumineux et très court. Le vagin est nettoyé. Je dissèque le col dont l'abaissement est rendu difficile par les adhérences qui existent dans le cul-de-sac de Douglas.

Je place une main dans le ventre, et les pinces à ligaments larges par le vagin, en les guidant avec cette main. Le moignon est coupé en dedans des pinces et enlevé. Suture de la plaie du ventre et tamponnement léger du vagin à la gaze iodoformée.

La tumeur est formée par plusieurs fibromes du fond de l'utérus, dont deux étaient infiltrés dans le ligament large gauche.

Les suites furent très simples. Les pinces sont enlevées au bout de trente-six heures. La malade se rétablit promptement et retourna chez elle au bout de trois semaines.

Obs. VII. — Lest... Euphrasie, de Douarnenez (Finistère), quarante-neuf

ans, multipare. Réglée à quatorze ans, les règles furent douloureuses pendant la jeunesse. La malade est encore réglée. En mai 1891, le ventre grossit et durcit avec rapidité, et devient douloureux. Les règles sont devenues de plus en plus abondantes et la malade commence à perdre ses forces.

État local. — Peau du ventre très vasculaire. Ventre très irrégulièrement développé. La tumeur est dure surtout à droite et présente une surface bosselée. Le niveau supérieur atteint les fausses côtes droites, et reste à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes gauches. Elle remplit les deux hypocondres.

A droite on a une sensation de fluctuation profonde.

Toucher. — Col est très haut, collé contre le pubis, difficile à sentir. On sent une masse qui remplit le bassin, et repousse le cul-de-sac postérieur. L'hystéromètre se dirige en haut et à gauche et pénètre à 10 centimètres facilement.

Opération le 4 avril 1892.

Laparotomie. Il coule un peu de liquide ascitique coloré. La tumeur se présente avec une forme ovoïde, sa teinte est rosée et sa consistance entièrement molle. Les ovaires sont en arrière et sur les côtés.

Pensant à une tumeur fibro-kystique, je fais une ponction qui ne donne issue qu'à du sang noir. La tumeur est sortie du ventre. Elle est du volume d'une tête d'adulte. Pendant les manœuvres d'extraction, un kyste contenu vers le centre de la tumeur se crève. Il se fait une hémorragie importante, qui est arrêtée par la compression avec une éponge tenue à la main.

Je lie les énormes plexus vasculaires à droite et à gauche, et comme les vaisseaux sont très volumineux, je place les ligatures très près du col utérin. Je lie isolément les ligaments ronds.

Le péritoine est disséqué de haut en bas sur la face antérieure de la tumeur le plus bas possible, en décollant la vessie.

Application de la ligature élastique avec un tube à drainage attaché avec de la soie.

La malade est ensuite mise dans la position de la taille, le vagin est de nouveau nettoyé et je fais rapidement la dissection du col, en ouvrant largement les culs-de-sac.

Je place les pinces à ligaments larges par le vagin, en les guidant avec une main mise dans l'abdomen, ce qui est fait très rapidement. J'enveloppe ensuite les pinces avec une courte mèche de gaze iodoformée qui passe par le vagin. Suture du ventre.

5 avril. — La malade a peu souffert pendant la nuit, et peu vomi. T. 37°,2 le matin; 37°,8 le soir. P. 92.

6 avril. — Pinces enlevées au bout de trente-six heures. Je laisse la mèche iodoformée. T. 37°,6.

7 avril. — J'enlève les mèches de gaze iodoformée, et je nettoie le vagin avec des tampons de coton imbibés de sublimé.

9 avril. — On donne une injection matin et soir.

14 avril. — Les fils du ventre sont ôtés.

La malade est partie pour la Bretagne peu après.

La tumeur pèse 3 kilogrammes, elle a une forme ovoïde, sur les angles sont des masses fibreuses paraissant se détacher.

La consistance est molle, diffluente. L'utérus est à gauche; il a 12 centimètres de profondeur. Ses parois à la coupe se montrent farcies de fibromes. La muqueuse est peu colorée, bien que la malade ait eu ses règles deux jours avant l'opération. Au niveau de l'isthme est un petit polype muqueux. Les veines superficielles sont volumineuses, on trouve de véritables sinus ayant jusqu'à 15 millimètres de diamètre.

A la coupe, la tumeur présente un aspect diffluent, d'un gris rosé, gorgé de liquide. Elle est criblée de géodes du volume d'une noisette, remplies de liquide gélatineux jaunâtre. Elle rappelle tout à fait l'aspect d'un poumon tuberculeux infiltré et criblé de petites cavernes pleines de liquide.

En certains points, sous la muqueuse, on voit des plaques calcaires assez étendues.

Les ovaires sont triplés de volume, très allongés et contiennent de petits kystes.

De l'électricité comme moyen de diagnostic et de thérapeutique dans les fibromes utérins,

Par le Dr L.-R. Regnier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

J'ai l'honneur de communiquer au Congrès les résultats obtenus au moyen du traitement électrique dans 50 cas de fibro-myômes que j'ai eu l'occasion de soigner tant en ville que dans le service de mon cher et éminent maître Labadie-Lagrave, qui, voulant expérimenter l'action de l'électricité sur ce genre de tumeurs, a bien voulu me confier ses malades.

Chez les malades qui font l'objet de cette communication j'ai employé des intensités de 80 à 150 milliampères, rarement plus, avec application intra-utérine du pôle positif dans les cas de fibromes accompagnés d'hémorragies, négatif dans les cas où il y avait des douleurs mais point de pertes.

Je n'ai pas employé la galvano-puncture, parce qu'elle m'a paru dangereuse, malgré ce qu'en disent ses partisans Rockwell, Betton-Massey, Gautier, Apostoli.

L'étude que j'avais faite des différentes méthodes employées, parue en août 1890 dans la *Médecine moderne*, me décida à me servir de la méthode des applications continues et à hautes intensités comme la seule véritablement active.

Pourquoi faut-il en effet donner la préférence aux applications de courants continus et aux hautes intensités? C'est parce que les actions permanentes sont les seules qui donnent des effets chi-

miques bien définis. Elles doivent donc prendre le pas sur les actions variables qui n'agissent que mécaniquement.

Pourquoi les hautes intensités? parce que l'action électrique varie comme le carré de l'intensité employée. On reproche à cette méthode de provoquer des escarres; on n'en produit pas si n se sert d'électrodes humides ou d'électrodes solubles et si on ne dépasse pas une intensité de 150 milliampères et dix minutes d'application.

Sans qu'on puisse dire que le traitement électrique s'applique à tous les cas indistinctement, les observations de Keith, de Betton-Massey, Smith, Sneguireff, Deletang, La Torre, Spencer Wells, Playfair, Mac Ginnis, etc., permettent d'affirmer qu'il est dans bien des circonstances utile. Les résultats de Bröse communiqués au Congrès de Berlin, ceux d'Arendt, d'Ingling Parsons sont tous en faveur du traitement électrique. Plusieurs de ces auteurs ont vu les hémorragies disparaître chez des malades auxquelles on avait pratiqué sans succès le curettage ou la castration. Tous ont constaté la sédation des douleurs, le relèvement des forces, l'amélioration de l'état général et dans bon nombre de cas une diminution plus ou moins considérable de la tumeur.

Les résultats que j'ai obtenus sont analogues et je vais en donner brièvement le résumé en considérant l'action de l'électricité : 1° quant à la régression des tumeurs; 2° sur les hémorragies; 3° sur les douleurs et les phénomènes de compression.

1° L'action régressive est surtout marquée quand on peut employer comme pôle actif intra-utérin le négatif. Tous ceux qui ont sagement et judicieusement employé la méthode des hautes intensités sont de cet avis.

Personnellement, j'ai pu employer l'action intra-utérine négative dans cinq cas, trois en 1890-91, 2 en 1892. Dans ces cinq cas il y a eu régression telle que la tumeur n'était plus appréciable ni au toucher ni au palper. La cavité utérine était redevenue normale, les douleurs, la dysurie ont cessé. Ces fibromes étaient, il est vrai, de petit volume.

Aux autres fibromes accompagnés d'hémorragies que j'ai soignés en 1890-91, j'ai fait les applications positives.

4 malades qui présentaient des métrorragies abondantes ont vu leurs règles se régulariser à partir du deuxième ou troisième mois du traitement. La diminution du volume de la tumeur et la disparition des douleurs leur ont permis de cesser le traitement.

Chez une seule malade atteinte d'hémorragies, le traitement électrique a échoué. Mais la cavité utérine très dilatée mesurait 16 cent. 1/2. L'électrode ne pouvait entrer en contact avec toute la surface saignante, condition indispensable à la réussite du trai-

tement électrique. Un curettage fut pratiqué. Les hémorragies cessèrent, mais la malade ayant quitté le service j'ignore si elles se reproduisirent.

10, bien qu'ayant obtenu une amélioration dès le début du traitement, n'ont pas été suivies assez longtemps pour que le résultat pût être complet.

4 sont encore en traitement à l'heure actuelle; chez une le fibrome a considérablement diminué, les règles sont normales, l'état général, très affaibli l'année dernière par des pertes survenues pendant une suspension du traitement, est redevenu bon. Les douleurs ont cessé.

Chez les 3 autres, régularisation des règles, suppression des douleurs, mais diminution moins marquée du volume du fibrome.

Pour 1892 j'ai eu à soigner 24 nouveaux cas, comprenant 12 fibromes accompagnés d'hémorragies ou de règles abondantes, 5 cas de fibromes très volumineux et multiples, 5 non hémorragiques variant du volume d'un œuf à celui d'une petite orange. Parmi ces derniers 2 sont devenus inappréciables et sont demeurés tels depuis 3 mois, les 3 autres qui ont subi une rétrocession marquée ne demandent plus que quelques séances.

Chez 12 malades présentant des hémorragies, j'ai obtenu l'arrêt presque immédiat par l'application de courants positifs avec 100 milliampères et 10 minutes en substituant à l'électrode inattaquable de platine, une tige de fer. Les résultats obtenus par ce procédé sont plus rapides et plus complets. Il ne détermine pas d'escarre de la muqueuse utérine.

Sur les 5 fibromes très volumineux et multiples, l'un, qui s'élevait jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, a diminué de 4 centimètres, les règles sont devenues régulières; le second non hémorragique est traité par les applications négatives, la rétrocession est assez marquée pour que la malade ait pu reprendre son travail de jardinière. Les douleurs très vives au commencement du traitement ont disparu.

Le troisième n'est en traitement que depuis un mois, pas de diminution appréciable. 2 n'ont pas suivi le traitement assez longtemps pour en pouvoir bénéficier. L'une de ces malades, ayant préféré au bout de 10 séances se faire opérer, a succombé 3 heures après avoir subi l'hystérectomie vaginale.

8 malades en traitement depuis la fin de l'année 1892 et les premiers mois de 1893 se décomposent en :

2 utérus fibromateux; pertes depuis 7 à 8 mois durant de 12 à 20 jours, arrêtées dès les premières séances;

3 petits fibromes en voie de régression marquée;

2 qui n'ont pas continué le traitement;

1 précédemment atteinte d'ovarite et de salpingite double en traitement depuis 6 mois, pas d'amélioration notable.

Mais la malade ne vient que très irrégulièrement à la Maternité.

De ces observations je crois pouvoir déduire que le traitement électrique judicieusement appliqué convient dans deux ordres de cas :

1° Lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs de petit volume, suffisantes cependant pour provoquer la gêne de la marche, des troubles de la miction, des douleurs, des pesanteurs. Les applications intra-utérines négatives donnent alors de bons résultats;

2° Dans les cas de tumeurs très volumineuses et multiples, si les annexes sont en bon état, on est en droit d'essayer le traitement électrique avant de recourir à l'opération qui expose la malade à des risques sérieux.

Cette variété de fibromes s'accompagnant le plus souvent d'hémorragies, les applications intra-utérines seront positives, la régression sera plus lente, mais elle peut être suffisante pour déterminer la cessation des douleurs et de la gêne.

3° Contre les hémorragies le traitement bien appliqué réussit dans la plupart des cas, sauf deux variétés : 1° dans les cas où la cavité utérine est démesurément agrandie; 2° quand on se trouve en présence de ces volumineux fibromes interstitiels dans lesquels les vaisseaux sanguins dilatés et indurés s'ouvrent largement sur la surface d'une muqueuse utérine atrophiée et dégénérée; 3° dans les cas de fibromes inclus dans la cavité utérine.

4° Il est des cas où il y a contradiction formelle au traitement électrique à hautes intensités : 1° lorsque le fibrome est compliqué de collections purulentes hématiques ou kystiques des annexes; 2° lorsqu'il est accompagné d'hydrorrhée; 3° lorsqu'il est inclus dans la cavité utérine.

Les lésions des annexes sont souvent, dans ces cas, difficiles à reconnaître même par un examen approfondi. L'électricité judicieusement appliquée sert à éclairer ce point douteux et il est facile à ceux qui recherchent sans parti pris le traitement qui convient le mieux à leurs malades d'être rapidement fixés sur l'opportunité ou la non-opportunité des applications électriques et d'éviter les graves accidents dont parlait hier M. Reynier, aussi bien que la perte d'un temps précieux pour la malade en essais inutiles.

Les lésions kystiques, suppurées ou hématiques des annexes s'accompagnent toujours d'intolérance aux hautes intensités.

Si la malade ne supporte pas une intensité supérieure à 80 milliampères, cela peut tenir à deux causes :

1° Il y a kyste ou suppuration des ovaires. Dans ce cas l'appli-

cation de l'électricité est très douloureuse dès 50 milliampères et suivie dès le soir de réaction fébrile. Il n'y a pas à insister.

2° L'application est douloureuse mais n'est pas suivie de réaction fébrile. L'intolérance électrique tient alors soit à la neurasthénie pelvienne, soit à la présence de quelques exsudats péri-utérins dans lesquels il n'y a point de pus. Dans l'un et l'autre cas il suffit de quelques séances de faradisation pour faire disparaître l'intolérance. On peut alors en toute sécurité et avec les chances de réussite ordinaires appliquer le traitement par les courants continus.

Ces données montrent que l'électricité judicieusement appliquée est non seulement un procédé thérapeutique utile, mais que dans certains cas douteux elle apporte au diagnostic un appui dont la valeur constante n'est pas à dédaigner et grâce auquel le chirurgien lui-même pourra d'emblée choisir la voie par laquelle il convient le mieux d'attaquer la tumeur.

De mes expériences je crois donc pouvoir conclure :

1° Qu'il y a lieu d'appliquer le traitement électrique toutes les fois qu'un fibrome accompagné ou non d'hémorragies coexiste avec des annexes saines ou ne contenant ni kystes, ni pus, ni sang;

2° Dans les cas où la présence de la tumeur n'entraîne pas de pertes sanguines, on donnera la préférence aux applications intra-utérines négatives;

3° Dans les cas de douleurs dues à la compression, ces applications amènent rapidement la sédation en provoquant la diminution de volume de la tumeur.

S'il s'agit de neurasthénie pelvienne, on donnera la préférence à la faradisation avec la bobine à fil fin et les intermittences rapides.

4° Le traitement électrique est nettement contre-indiqué :

1° Dans les cas de fibromes accompagnés de lésions kystiques, hématiques, ou suppurées des annexes;

2° Dans les fibromes accompagnés d'hydrorrhée;

3° Dans les fibromes inclus dans la cavité utérine ou proéminant dans le vagin.

Du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus,

Par le Dr Potherat, Chirurgien des hôpitaux.

Je n'ai point l'intention de prendre position dans la question soumise au congrès, et traitée par des hommes éminents et des

maîtres, comme ceux que vous avez entendus. Mais à côté d'eux d'autres sont venus présenter les résultats de leur pratique personnelle; comme eux je désire fournir mon petit contingent de faits, et apporter à l'édifice commun ma petite pierre, sauf à laisser à de plus compétents le soin de la mettre à la modeste place qu'elle peut occuper.

Soit dans les suppléances que j'ai faites dans les hôpitaux, où je me suis plusieurs fois trouvé en possession d'un service de gynécologie aussi actif que ceux de M. Richelot, et surtout de mon habile maître M. Bouilly, soit ailleurs, j'ai eu, à l'heure actuelle, l'occasion d'opérer 23 malades atteintes de fibromes utérins, et cela dans une période de quatre années.

J'ai, ainsi que vous le verrez, employé diverses méthodes, castration tubo-ovarienne, myômectomie abdominale ou vaginale, hystérectomie abdominale, hystérectomie vaginale. Mais je puis diviser tous les cas en deux groupes principaux; l'un antérieur à 1891, l'autre postérieur à 1891; car c'est de cette époque que, dans ma pratique, date l'avènement de l'hystérectomie vaginale.

Avant cette époque j'avais enlevé, par myômectomie vaginale, quatre fibromes sous-muqueux, l'un gros comme une orange, l'autre du volume du poing, le troisième plus gros encore. Ces trois polypes appartenaient à des femmes ayant de trente-huit à quarante-neuf ans, ils avaient déterminé des métrorragies extrêmement abondantes qui dans l'un au moins des cas, le troisième, avaient mis la malade à deux doigts de la mort.

Enfin dans un quatrième cas, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-huit ans, présentant un fibrome du volume d'une tête de fœtus pour le moins, à laquelle on avait, pour prévenir des pertes de sang, administré des quantités considérables d'ergotine. Quand je l'opérai, son fibrome était en voie de gangrène et elle-même était sous l'influence d'une septicémie intense : conjonctives jaunes, peau terreuse, frissons répétés, diarrhée, température de 40 degrés. Je pus, sans discision du col, par morcellement, enlever la totalité du polype sous-muqueux, faire d'abondants lavages intra-utérins, conjurer les effets de la septicémie, et finalement guérir ma malade.

Toutes ces femmes, opérées il y a aujourd'hui plus de trois ans, et que je n'ai point encore perdues de vue, sont restées complètement et définitivement guéries. Chez la dernière en particulier, les règles se sont rétablies et toutes les fonctions génitales s'exécutent normalement.

Ce n'est pas à dire que ces malades soient à tout jamais débarrassées de fibromes utérins, car, on le sait, il est fréquent d'observer des fibromes multiples, et j'ai moi-même fait l'ablation d'un

utérus fibromateux chez une malade qui, seize ans auparavant, avait été opérée avec succès par M. le prof. Tarnier d'un fibrome sous-muqueux. Mais il sera toujours temps d'intervenir par une plus large opération si les suites l'exigent, et si des accidents nouveaux se manifestent. En enlevant simplement, par fragmentation, avec ou sans section du col, les fibromes sous-muqueux, on fait, à peu de frais, une intervention absolument efficace qui supprime la cause des hémorragies et des accidents infectieux dont le polype peut être l'occasion, non seulement par gangrène, mais aussi par retentissement tubo-ovarien et péritonéal, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer un cas.

Depuis 1891 j'ai eu l'occasion d'observer encore et d'opérer avec succès deux de ces polypes sous-muqueux pédiculés ou sessiles. L'une des deux malades, que j'ai opérée dans le service de mon éminent et très affectionné maître M. Segond, et dont la tumeur avait le volume du poing, avait, grâce aux hémorragies répétées et abondantes qui l'avaient profondément anémiée, pris la teinte spéciale aux indigènes des pays d'Extrême-Orient qu'elle habitait occasionnellement, et d'où elle était venue à Paris se faire soigner.

Mais pendant cette première période à laquelle je faisais allusion j'avais eu l'occasion d'observer aussi des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux d'un gros volume et qui n'étaient justiciables que d'une intervention abdominale palliative ou curative. J'opérai dans ces conditions 5 malades.

Deux fois je fis l'hystérectomie partielle avec fixation du pédicule dans la plaie, pour des fibromes formant plusieurs masses et ayant dépassé l'ombilic en hauteur. L'une des malades avait quarante-trois ans, l'autre quarante-sept ans; ni l'une ni l'autre n'avait de métrorragies, mais des douleurs qui chez la plus jeune rendaient toute occupation impossible. Ces deux malades ont guéri l'une en six semaines, l'autre en huit semaines; elles travaillent, mais sont obligées à des ménagements, elles portent une ceinture, ce qui est une gêne sérieuse pour des femmes des champs obligées souvent à se tenir courbées; enfin l'une d'elles a une légère éventration. Somme toute leur état, sauf ces quelques inconvénients, est absolument satisfaisant

Chez une troisième malade, femme des champs aussi, j'ai enlevé un fibrome extrêmement volumineux; il pesait 9 kilogrammes, aussitôt après l'extraction. Il remplissait l'abdomen qui avait pris des proportions considérables; la marche était encore possible, mais la respiration était très gênée, les fonctions digestives s'exécutaient fort mal; aussi la santé générale était très altérée, et cette femme vigoureuse, jeune encore (43 ans), déclinait rapide-

ment depuis quelque temps. Je l'opérai au mois de novembre 1890; je dus pour extraire cette tumeur inciser presque toute la hauteur de la ligne blanche; mais, circonstance fort heureuse, cette énorme masse était pédiculée; je pus l'enlever en totalité sans toucher à l'utérus qui d'ailleurs ne présentait pas d'autre tumeur. Grâce à cette pédiculisation, l'opération avait été d'une durée relativement courte, et je dois en tenir compte pour expliquer le succès remarquable obtenu dans ce cas d'une grande gravité. Il y a deux ans et demi que cette femme est opérée; elle est guérie définitivement, elle a repris toutes les occupations des champs, elle n'a pas trace d'éventration, et dernièrement encore elle me déclarait qu'elle se trouvait aussi vigoureuse, aussi active qu'à vingt-cinq ans.

J'ai été moins heureux, messieurs, dans les deux cas dont il me reste à vous parler. L'une des malades était jeune encore, trente-sept ans; elle avait un fibrome qui dépassait le pubis de deux travers de doigt; elle souffrait peu, mais elle avait des métrorragies extrêmement abondantes qui l'avaient profondément anémiée. Je pensai que je devais lui faire un minimum d'intervention, et je me résolus à pratiquer la castration tubo-ovarienne. Eut-elle, comme quelques phénomènes permettaient de le penser, une hémorragie interne, ou bien cette intervention elle-même était-elle trop considérable pour son état, toujours est-il qu'elle succomba au bout de quatre jours.

La seconde succomba aussi, mais dans des conditions toutes différentes, résultant très probablement de son fibrome, en tous cas, indépendantes, je crois, de l'intervention elle-même. C'était une petite femme de soixante-sept ans, qui portait un fibrome gros comme une tête de fœtus, hérissé de grosseurs de moindre volume, sous-péritonéal, très mobile, mais déterminant dans ses déplacements des douleurs très vives, quelquefois syncopantes. En même temps elle avait une lésion cardiaque des plus manifestes, mais qui paraissait être très défavorablement impressionnée par la présence de ce fibrome. Toujours est-il que, d'accord avec mon excellent maître M. Nélaton, dans le service duquel elle était, je résolus de lui enlever ce fibrome pédiculé. L'opération fut fort courte et des plus simples. La malade sembla d'abord l'avoir très bien supportée, les suites immédiates furent très simples et normales, mais bientôt son cœur faiblit et elle succomba, sans avoir présenté aucun accident abdominal.

Si je voulais avec ces cinq faits constituer une statistique, j'aurais trois succès et deux morts; ce serait une grosse mortalité, mais si l'on tient compte des détails, on voit qu'en réalité il n'y a qu'un insuccès opératoire, et dans des conditions où toute inter-

vention était fort grave, et où la non-intervention n'eût pas empêché que la malade ne succombât aux suites de ses hémorragies.

J'en étais là de mes interventions pour fibrome utérin quand, soit par les communications de mon maître M. Segond, soit surtout par les opérations que je lui avais vu pratiquer, j'appris à connaître le traitement de ces néoplasmes par l'hystérectomie vaginale. Je vis entre les mains de cet habile opérateur de si beaux résultats qu'il me tardait de trouver une occasion de mettre en pratique cette nouvelle méthode. Cette occasion se présenta au mois de juin. Je me trouvais avec mon distingué confrère et ami le Dr Coudray en présence d'une dame de trente-cinq ans, atteinte de fibromes interstitiels de petit volume, mais déterminant de fréquentes et abondantes hémorragies, déjà très graves par elles-mêmes. Mais de plus des complications péri-utérines étaient survenues; après des poussées répétées de péritonite pelvienne, une collection purulente s'était formée qui s'était ouverte dans le rectum, et avait donné lieu à une fistule; la malade était condamnée au lit et dans un état précaire. Fibromes et suppuration pelvienne, nous trouvions là réunies deux indications d'hystérectomie vaginale. Nous fîmes cette opération le 15 juin 1891, M. Coudray et moi; nous enlevâmes l'utérus sans ouvrir la grande cavité péritonéale dont nous restâmes, ainsi qu'il est fréquent de l'observer en pareil cas, séparés par un dôme d'adhérences péritonéo-intestinales. Les suites furent aussi simples que possible, la malade revint à la santé complètement. Pendant les mois qui suivirent elle eut un flux supplémentaire et régulier par le rectum, en l'absence d'ailleurs de toute hémorroïde.

Ce premier succès m'engagea, au mois de septembre suivant, à proposer l'hystérectomie vaginale à une femme de quarante-quatre ans, venue dans le service de M. Richelot, à Tenon, où j'étais en suppléance. Cette malade souffrait depuis quatre ans, elle avait des métrorragies abondantes se répétant tous les quinze jours, avec leucorrhée intermédiaire. Le ventre grossissait de plus en plus, et déjà la tumeur formée par le néoplasme et l'utérus englobé dedans dépassait le pubis de trois travers de doigt. Grâce au concours d'un aide très exercé, aujourd'hui prosecteur très distingué de cette Faculté, M. Morestin, je pus mener à bien l'opération en quarante-cinq minutes; le fibrome principal était en partie sous-muqueux, ce qui facilita son ablation. Cette deuxième opérée guérit très simplement. Opérée le 12 septembre, 20 jours après elle pouvait quitter l'hôpital.

Peu de temps après, j'opérai dans des conditions absolument identiques une malade du service de mon maître M. Bouilly, plus

âgée seulement (47 ans) et surtout beaucoup plus affaiblie et anémiée par les pertes de sang qui duraient depuis plus longtemps et étaient plus abondantes. Un curettage de l'utérus qu'on lui avait fait subir n'avait que momentanément fait cesser ces hémorragies. L'opération dura quarante minutes; elle fut presque exsangue, fort heureusement, et ma malade guérit sans accident; elle fut un peu plus longue à reprendre des forces, mais au bout d'un mois elle pouvait retourner en Auvergne, dont elle était originaire.

Quelques mois plus tard, le 13 mars 1892, j'opérais encore par hystérectomie vaginale totale, avec le D[r] Coudray, une dame de trente-cinq ans, porteuse de fibromes interstitiels du fond de l'utérus et de la corne droite, et très anémiée par des hémorragies utérines. Elle guérit très simplement aussi.

Cela me faisait quatre opérées avec quatre succès dans des cas de plus en plus sérieux au point de vue opératoire. Je vous laisse juge de la satisfaction que j'en éprouvais et de mon enthousiasme pour la méthode employée.

Aussi je n'hésitai pas à proposer cette intervention à une femme de la campagne, âgée de quarante-quatre ans, qui présentait un fibrome mamelonné, déterminant des douleurs vives et surtout des hémorragies inquiétantes, malgré le régime de l'iodure de potassium et de l'ergot à dose fractionnée; mais ce fibrome était très volumineux, il atteignait l'ombilic qu'il dépassait même un peu à gauche de la ligne médiane. Elle accepta, et le 15 mars 1892, avec l'aide des deux internes de M. Segond (MM. Guitton et Wassilief) je l'opérai. L'opération fut longue, elle dura plus d'une heure et demie, les morceaux enlevés remplissaient une cuvette (ils pesaient 3400 gr.); néanmoins les suites furent très simples et le vingt-troisième jour de son opération cette malade regagnait son village. Depuis je l'ai revue plusieurs fois, elle jouit d'une excellente santé, et se livre à tous les travaux des champs. Et à ce sujet je ne puis m'empêcher de comparer le cas de cette malade à cette autre femme des champs à qui j'avais pratiqué l'hystérectomie abdominale avec fixation du pédicule. Elle aussi est guérie, elle aussi travaille, mais, elle a mis plus de six semaines à guérir, sa cicatrice la tiraille, elle est obligée de porter une ceinture, et elle a un certain degré d'éventration. Inutile de dire la conclusion qui découle de cette comparaison.

Inutile aussi, messieurs, de vous dire que ce dernier résultat opératoire avait porté mon enthousiasme à un très haut degré.

Aussi la chute fut-elle douloureuse, quand avec ma sixième opérée j'eus à enregistrer un décès. La malade avait quarante-deux ans; elle avait des fibromes multiples enclavés dans l'excava-

tion etdéterminant par pression des douleurs très violentes, une constipation opiniâtre, de la rétention d'urine. On était obligé de la sonder presque journellement; elle avait même eu à deux ou trois reprises des accidents urémiques. L'état général était encore relativement satisfaisant, l'opération s'imposait, elle devait être facile. Elle le fut en effet; elle dura à peine vingt-cinq minutes; et cependant, le quatrième jour, la malade mourait avec une température ayant atteint 38°,5 et une parésie intestinale dont rien ne put triompher.

Cet insuccès me fut très pénible, il me laissait en outre très perplexe. Je mettais sur le compte d'une septicémie le résultat funeste, et je me demandais vainement quelle pouvait être la source de cette infection, puisque les plus rigoureuses précautions aseptiques avaient été prises là comme ailleurs. Cette perplexité dura peu, je pensai bientôt avoir trouvé la cause de l'échec. Une partie de mon champ opératoire n'avait pas été asepsié. Cette portion, c'était la cavité utérine. J'avais là procédé comme dans tous les autres cas, utilisant à la fois le morcellement successif, suivant le procédé de Péan, et l'excavation concentrique, suivant le procédé de M. Segond, mais je n'avais pas nettoyé l'intérieur de l'utérus; il y avait là des sécrétions et des résidus de sécrétion qui devaient être septiques, et mes instruments, ciseaux, pinces à abaissement avaient pu se souiller à leur contact et ensemencer le péritoine.

Aussi, dès ce jour je pris la ferme résolution de ne plus procéder à une hystérectomie vaginale pour fibrome sans avoir au préalable lavé, curetté, frotté, nettoyé en un mot la cavité utérine avec un soin aussi rigoureux que la cavité vaginale elle-même.

Je n'ai eu jusqu'ici qu'à me louer de cette manière de procéder, d'ailleurs couramment employée maintenant par mon maître M. Segond et par d'autres; la malade qui m'y a conduit m'a donné mon premier insuccès, jusqu'ici il a été le seul.

J'ai depuis opéré pour des fibromes multiples interstitiels ou sous-péritonéaux six malades : cinq ont été opérées dans le service de M. Bouilly pendant ma suppléance de 1892, la sixième a été opérée il y a deux mois dans le service du regretté Dr Horteloup que je remplaçais. Cette dernière était une malade de quarante-sept ans, qui avait à la fois des fibromes utérins et une inflammation pelvienne ancienne avec foyers purulents. — Depuis six mois elle gardait le lit. L'opération fut très laborieuse, en raison de l'impossibilité d'abaisser l'utérus. Le résultat a été aussi parfait que possible; la malade a quitté l'hôpital vingt-cinq jours après l'intervention.

Des cinq malades opérées dans le service de M. Bouilly, la plus

jeune avait trente-quatre ans, la plus âgée cinquante-huit ans. C'est cette dernière qui, seize ans auparavant, avait été opérée de polype par M. Tarnier. Elle avait des fibromes interstitiels, et un fibrome dans l'épaisseur du ligament large droit. Malgré son âge, malgré la ménopause survenue huit ans auparavant, la tumeur progressait manifestement, ainsi qu'avait pu le constater M. Bouilly qui l'avait vue plusieurs fois. En outre elle éprouvait très fréquemment de violentes douleurs et réclamait énergiquement une intervention.

Chez une femme de trente-cinq ans, qui n'avait jamais eu d'enfants, l'opération a été assez laborieuse, à cause de l'étroitesse du vagin, néanmoins elle a pu être menée à bien sans délabrement, malgré le volume de l'utérus fibromateux qui débordait le pubis. Chez cette malade c'étaient les hémorragies qui commandaient l'intervention, ainsi que chez une autre qui cependant était beaucoup plus âgée (48 ans). C'est au contraire l'intensité des douleurs déterminées par des fibromes enclavés qui m'a déterminé à opérer les deux autres malades, qui avaient l'une trente-quatre ans, et l'autre quarante-sept ans.

Dans toutes ces opérations j'ai fait le curettage préalable de la cavité utérine, puis j'ai procédé absolument comme mon maître M. Segond : décollement des deux faces de l'utérus, section transversale des deux commissures et constitution de deux valves cervicales, pincement des bords inférieurs des ligaments larges avec des pinces à mors courts et forts, puis morcellement par étage, et évidement de l'intérieur de l'organe, enfin ablation de la coque périphérique. Au moment de l'ablation de cette coque il m'a paru avantageux de faire la section verticale de ce qui reste de l'utérus, section totale qui le divise en deux moignons rattachés aux pédicules vasculaires. On voit alors très bien ces pédicules et les annexes de l'utérus; on peut placer plus avantageusement, ce me semble, la pince hémostatique et terminer plus rapidement. En résumé, j'apporte douze cas d'hystérectomie vaginale totale avec une mort.

Vous comprendrez que je ne tire pas d'un nombre aussi restreint de faits des conclusions, alors que des opérateurs expérimentés ont apporté des cas par centaines; je ne puis que tirer de ma pratique quelques remarques, faites d'ailleurs bien des fois déjà avec plus d'autorité et de talent par M. Segond. L'hystérectomie vaginale totale dans le traitement des fibromes de l'utérus n'est pas plus grave qu'aucune des autres méthodes employées dans ce traitement. Elle a l'avantage d'être une opération réellement et définitivement curative, laissant les malades dans l'état le plus voisin de l'état normal, et elle n'expose à aucun des inconvé-

nients possibles de l'incision abdominale (ceinture, éventration).

Mais elle n'est pas applicable à tous les cas. Elle dépasserait le but dans le cas de fibrome sous-muqueux, susceptible d'être opéré par les voies naturelles; elle resterait au-dessous de ce but dans le cas de fibrome volumineux ayant dépassé l'ombilic ou longuement pédiculé. Dans ces cas l'hystérectomie abdominale est seule applicable, ou la myômectomie est plus simple. La castration ne répond qu'à un petit nombre de cas. On comprendra que je sois muet sur les autres méthodes dont je n'ai pas l'expérience et que je conclue simplement que l'hystérectomie vaginale totale est l'opération de choix dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus; les contre-indications de son application créent les indications d'un certain nombre d'autres méthodes, et je pourrais ici répéter le mot si juste d'un des plus éminents parmi les fondateurs de ce congrès, le regretté professeur Trélat: « Les méthodes chirurgicales ne s'excluent pas, elles se combinent et se complètent. »

Nouvelle méthode de traitement du pédicule utérin, après amputation supra-vaginale pour fibromes. — Hémostase du pédicule par la ligature directe des vaisseaux,

Par le Dr Chaput, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le traitement du pédicule utérin après l'hystérectomie abdominale pour fibromes est une des préoccupations les plus sérieuses des chirurgiens et des gynécologues. On a inventé un nombre incroyable de méthodes pour obtenir la sécurité opératoire. Jusqu'ici, cependant, la mortalité reste encore très élevée puisque Zweifel, pour un nombre considérable de cas, accuse 25 p. 0/0 de morts par la méthode extra-péritonéale et 32 p. 0/0 pour l'intra-péritonéale. Cette léthalité s'abaisse beaucoup dans la statistique de mon maître et ami Terrillon, qui sur 54 cas accuse 6 morts (12 p. 0/0). Cette amélioration dans les résultats est la conséquence d'une antisepsie soignée et d'une habileté opératoire remarquable; toujours est-il que cette mortalité est de beaucoup supérieure à celle des laparotomies pour kystes ovariques ou pour salpingites.

Les raisons de ces insuccès sont multiples, les malades meurent de shock, de lésions rénales, des lésions cardiaques occasionnées par leur fibrome, mais elles meurent surtout de fautes opératoires. Les opérations durent trop longtemps ou produisent des délabrements considérables, des pertes de sang redoutables; ou

bien la technique employée est vicieuse et ses résultats aboutissent en dernière analyse à la mort par hémorragie ou par septicémie.

Les fautes les plus importantes sont celles que l'on commet dans le traitement du pédicule, pour lequel on a créé des méthodes très nombreuses qui peuvent se réduire aux 4 suivantes, dont nous allons apprécier les avantages et les inconvénients :

1° Réduction du pédicule (méthode intra-péritonéale);

2° Fixation du pédicule au dehors (méthode extra-péritonéale);

3° Méthode mixte;

4° Extirpation abdominale totale.

A. Méthode intra-péritonéale. — Les procédés les plus perfectionnés de réduction du pédicule consistent : soit à abandonner sur le col une ligature élastique perdue (Kleeberg, Martin, Olshausen) ou une forte soie (Kocher); soit, à l'exemple de Zweifel, à faire une série de ligatures en chaîne sur l'utérus comme s'il s'agissait d'un pédicule membraneux, soit encore à évider le moignon et à le suturer à lui-même.

1° La *ligature élastique perdue d'Olshausen* présente de nombreux inconvénients :

a. Elle est susceptible de glisser, soit par en haut vers l'abdomen (pédicule trop court), ce qui provoque la mort par hémorragie comme j'en ai vu un exemple, soit par en bas, auquel cas elle peut comprimer, sphacéler et perforer la vessie.

b. Ce procédé expose à l'infection du péritoine par deux mécanismes différents; ou bien en déterminant le sphacèle du pédicule, ou bien par la désinfection incomplète de la cavité utérine.

A ce propos, il convient de remarquer que la constriction par le caoutchouc rétrécit considérablement la cavité utérine, aussi est-il très difficile de la désinfecter complètement par les procédés connus (thermo-cautère, chlorure de zinc, excision, etc.).

c. Parfois le pédicule tombe en arrière et comprime l'intestin contre les parois pelviennes. Treub a signalé des cas mortels d'occlusion par ce mécanisme.

d. Les recherches de Boisleux ont montré que le tissu des fibromes présentait très souvent des germes septiques dans son épaisseur. C'est une nouvelle cause d'accidents qu'il faut ajouter à celles que nous avons déjà signalées plus haut.

e. Dans nombre de cas, la malade a échappé aux accidents immédiats, mais au bout de 15 à 20 jours, on voit s'écouler par le col utérin une suppuration très abondante, avec poussées de fièvre et de septicémie, liées à l'infection occasionnée par le caoutchouc, infecté lui-même par la cavité utérine. Tous les ans à la Salpêtrière nous sommes obligés d'extirper par le vagin des

caoutchoucs dont l'élimination est difficile; dans un cas j'ai été forcé d'enlever tout le col par le vagin avant de trouver la ligature élastique.

f. Enfin, de l'avis de tous les chirurgiens, il est dangereux d'appliquer la ligature élastique perdue aux pédicules très volumineux, pour lesquels des accidents d'étranglement ou de sphacèle seraient à redouter.

2° La *ligature en masse à la soie de Kocher* est passible des mêmes reproches que la ligature élastique; elle présente en outre l'inconvénient de couper les tissus; elle cesse alors son action constrictive, et l'hémorragie survient.

3° La *méthode de Zweifel,* que j'ai personnellement employée, consiste à placer sur le moignon une série de ligatures en chaîne à l'aide d'une aiguille passée de part en part à travers le pédicule.

Cette pratique est dangereuse, car chaque piqûre saigne abondamment, et l'on est obligé pour arrêter le sang de jeter au-dessous des ponctions une ligature en masse à la soie qui rend inutiles les ligatures partielles et présente en outre tous les inconvénients de la ligature en masse.

Dans une de mes observations, où j'avais employé la méthode de Zweifel, l'hémorragie par les piqûres nécessita une ligature en masse au-dessous. Je crus prudent de suturer le pédicule à la paroi; bien m'en prit, car il se produisit un sphacèle avec suppuration abondante et des masses mortifiées s'éliminèrent pendant plusieurs semaines. Une fistule utéro-cutanée dura plusieurs mois et la malade finit par guérir complètement.

Disons encore que si la cavité utérine est très large il peut se faire qu'on la traverse involontairement avec les fils; ceux-ci s'infectent alors et le péritoine également.

4° *Méthode de Schroeder.* — Elle consiste essentiellement à creuser le moignon en cône et à suturer à elles-mêmes les parois de ce cône. Par-dessus le moignon on suture le péritoine (sutures séro-séreuses).

Ce procédé présente les mêmes inconvénients que celui de Zweifel, je veux parler de l'hémorragie au niveau des piqûres qui nécessite une ligature en masse. Cette dernière rend les sutures inutiles puisqu'elles portent sur un tissu qui doit disparaître par nécrose aseptique ou septique.

B. Méthode extra-péritonéale. — Cette méthode présente des inconvénients d'un autre ordre mais tout aussi sérieux.

1° Lorsque le pédicule est court, il se trouve tiraillé par les broches; il en résulte des douleurs violentes et des accidents réflexes (ballonnement du ventre, vomissements).

2° Malgré le pansement à l'iodoforme et au tanin, il est difficile d'empêcher le moignon de s'infecter. Des abcès prennent souvent naissance autour du pédicule et l'on voit des malades succomber à la septicémie.

3° La durée de l'élimination du pédicule est très longue; il faut 20 ou 30 jours, quelquefois six semaines.

4° Les accidents consécutifs sont la fistule utérine possible, qui peut persister plusieurs mois, et l'éventration abdominale, constante et définitive.

5° La méthode extra-péritonéale ne peut être employée lorsque le pédicule est très court et fixé au fond du bassin.

C. Méthode mixte (*Wölfler*, *Sänger*). — D'après les auteurs, on réduit le pédicule, suturé à la façon de Schroeder, tout en le maintenant au voisinage d'un orifice de la paroi abdominale. Ce procédé mixte présente toujours les inconvénients de l'une des deux méthodes intra ou extra-péritonéales quand ce n'est pas les dangers de toutes les deux. L'hémorragie, le sphacèle, l'infection, les abcès des parois, la péritonite peuvent s'observer avec cette méthode, tout aussi bien que lorsque le pédicule est réduit ou franchement fixé à l'extérieur.

D. Extirpation totale de l'utérus. — L'extirpation totale se fait de deux manières, ou bien entièrement par l'abdomen ou bien en deux temps en faisant d'abord une amputation supra-vaginale et en enlevant ensuite le col par le vagin.

La première méthode, *extirpation totale abdominale*, conseillée par Bardenheuer et modifiée par Guermonprez a été récemment perfectionnée par Reverdin. Cet auteur, à l'aide de moufles, soulève la tumeur et allonge d'autorité tous les liens qui la retiennent; l'opération s'en trouve ainsi considérablement facilitée. Mais on peut faire à cette pratique, cette grave objection, que l'hémostase des gros vaisseaux de la partie inférieure du ligament large est très difficile à réaliser.

On peut à la rigueur pincer une artère qui donne au fond du bassin, mais il est impossible de la lier dans la profondeur de ce puits.

C'est surtout quand une pince a dérapé qu'il est difficile de saisir le vaisseau; plusieurs minutes se passent, pendant lesquelles les malades perdent plusieurs centaines de grammes de sang.

M. Doyen a récemment conseillé un procédé d'extirpation totale par une incision en raquette à queue postérieure empiétant sur le vagin; mais j'ai le regret de dire que sa méthode a été insuffisamment décrite ou bien qu'elle est vraiment inadmissible. L'auteur se contente en effet d'une seule ligature sur les liga-

ments larges (ce qui est insuffisant), puis détache toute la tumeur et fait ensuite l'hémostase par le vagin. Si rapides que soient ces manœuvres, elles s'accompagnent forcément d'une perte de sang considérable.

Quant à l'extirpation en deux temps conseillée par Martin, Bouilly, Goullioud, Péan, c'est une opération très longue, difficile et fatigante pour l'opérateur. Elle exige un grand nombre d'instruments et expose aux hémorragies soit pendant l'opération, soit après l'ablation des pinces. J'ai eu moi-même une hémorragie grave en enlevant les pinces, et je sais qu'un autre opérateur a eu 3 morts par hémorragie sur 6 cas, au moment de l'ablation des pinces.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ D'HÉMOSTASE DU PÉDICULE PAR LA LIGATURE DIRECTE DES VAISSEAUX

Frappé des inconvénients que présente la ligature en masse du pédicule, j'ai cherché à traiter le moignon utérin au point de vue de l'hémostase, comme un moignon d'amputation, c'est-à-dire par la ligature directe des vaisseaux.

Mais il fallait triompher des difficultés inhérentes à la structure du tissu utérin, je veux parler de l'adhérence des vaisseaux à ce tissu et de la dureté de ce dernier. Tous les chirurgiens savent qu'il est impossible de pincer une artère qui donne en plein tissu utérin, de même que de l'oblitérer par une ligature.

Je pensai résoudre la difficulté en isolant autour de chaque vaisseau un cylindre ou un prisme sur lequel on pût ensuite jeter une ligature. Mes premières opérations furent faites à l'aide d'un large emporte-pièce qui me permettait d'isoler un cylindre autour de chaque artère que je liais ainsi facilement. Je simplifiai ensuite encore davantage mon manuel opératoire. Avant de décrire ce dernier, j'insiste sur la nécessité de se servir de pinces hémostatiques spéciales, construites sur mes indications; ce sont des pinces en cœur et à griffes. J'en ai de grandes et de petites. Les petites mesurent 15 centimètres de long et ont de fortes branches; leurs mors ont la forme d'un cœur dont le bord libre est convexe. Le grand diamètre de ces mors mesure deux centimètres; ils sont garnis de fortes griffes en forme de dents de crocodile afin que l'instrument ne dérape pas en saisissant le tissu utérin si résistant. Ces petites pinces servent à saisir les prismes du tissu utérin isolés autour des artères. J'ai fait en outre construire sur le même principe de grandes pinces, avec lesquelles on soulève le pédicule pour l'amener sous l'œil de l'opérateur.

Manuel opératoire. — Le traitement du pédicule comporte trois manœuvres distinctes :

1° L'hémostase;

2° La désinfection de la cavité utérine;

3° La fixation du pédicule derrière la paroi abdominale.

1° *Hémostase.* — Je n'insiste pas sur les détails de l'hystérectomie abdominale; après l'incision médiane de la paroi, on fait sortir la tumeur au dehors, on coupe les ligaments larges entre deux rangées de pinces et on jette autour du pédicule une ligature de caoutchouc arrêtée provisoirement par un clamp.

On sectionne alors la tumeur à deux ou trois travers de doigt au-dessus du caoutchouc, et pour que le pédicule ne retombe pas dans le bassin, on le saisit en avant et en arrière avec deux grandes pinces en cœur et à griffes, qui font en même temps l'hémostase d'une large surface du pédicule.

J'ai fait une remarque intéressante, c'est que les artères du pédicule siègent presque toutes à la périphérie; il suffit donc de placer sur les bords du pédicule une couronne de mes pinces en cœur très rapprochées les unes des autres et en nombre suffisant, pour réaliser l'hémostase temporaire.

En effet lorsqu'on a pincé toute la circonférence du pédicule, on peut en toute sécurité desserrer le caoutchouc, du moins dans la majorité des cas.

Décrivons maintenant l'hémostase définitive des vaisseaux des bords et de la surface du pédicule.

Hémostase définitive des vaisseaux. — Le chirurgien confie à un aide la grande pince en cœur placée sur le bord postérieur du pédicule. Il donne les deux chefs du caoutchouc à son aide principal et celui-ci desserre lentement ce lien.

On voit alors sourdre du sang en quelques points de la surface du pédicule; l'aide resserre le caoutchouc en tirant sur les deux chefs. Le chirurgien qui a mis le doigt sur un des points saignants trace tout autour avec son bistouri une incision rectangulaire profonde d'un centimètre environ. Le prisme de tissu utérin qui vient d'être isolé et qui porte un vaisseau à son centre est saisi avec une pince en cœur et on le lie fortement avec une grosse soie.

On recommence cette manœuvre tant que la surface n'est pas complètement exsangue.

Il reste encore à lier les vaisseaux de la circonférence du pédicule.

Le caoutchouc étant définitivement desserré, on enlève l'une après l'autre les pinces en cœur. Quand l'ablation d'une de ces pinces provoque une hémorragie, on la remet en place et on

donne de chaque côté de cette pince un coup de ciseaux qui isole un fragment de tissu utérin porteur d'un vaisseau, on lie ce fragment avec une grosse soie, comme plus haut. On place ainsi sur le pédicule une série de ligatures qui lui donnent un aspect godronné.



Fig. 4. — Hémostase du pédicule par ligature directe.

2° *Désinfection du canal utérin.* — On ne doit procéder à cette désinfection que lorsque le caoutchouc est enlevé. On promène d'abord le thermo-cautère sur toute la surface de la muqueuse. Ensuite à l'aide de petits tampons d'ouate montés sur pinces, on cautérise la cavité utérine à la teinture d'iode qui est un excellent antiseptique, diffusant très profondément; on cautérise ensuite au chlorure de zinc à 10 p. 0/0. On termine cette désinfection en introduisant dans la cavité utérine une mèche de gaze

iodoformée débordant dans le vagin, mais restant au ras du pédicule du côté du péritoine.

On désinfecte encore toute la surface de section du pédicule par un badigeonnage à la teinture d'iode.

3° *Fixation du pédicule derrière la paroi abdominale et drainage.* — Le dernier temps de l'opération consiste à passer un fil à travers la partie postérieure du pédicule; les deux chefs de ce fil sont ensuite utilisés pour la suture de la partie abdominale. De ce fait, le pédicule se trouve appliqué immédiatement derrière la paroi avec laquelle il prend rapidement des adhérences. On achève la suture de la paroi et on place à la partie inférieure de l'incision une petite mèche de gaze iodoformée allant jusqu'au pédicule.

Cette fixation derrière la paroi présente plusieurs avantages; d'abord elle empêche le pédicule de tomber en arrière et de comprimer l'intestin, ce qui provoque l'occlusion (Treub). En second lieu, si quelque infection se faisait par le canal cervical, elle se trouverait rapidement limitée par les adhérences et le pus s'évacuerait au dehors grâce au drainage iodoformé.

Enfin, en cas de suintement sanguin, les contacts avec la paroi et la présence de la gaze iodoformée faciliteraient la formation d'un caillot hémostatique.

Avantages de l'opération. — Cette opération est simple, elle s'exécute facilement et rapidement, et elle donne les plus grandes garanties au point de vue de la guérison.

En effet, l'hémostase est assurée d'une manière très satisfaisante; le sphacèle en masse n'est pas à redouter, la désinfection de la cavité utérine est facile et parfaite, il en résulte que les chances d'accidents septiques sont réduites au minimum.

D'autre part, la fixation du pédicule derrière la paroi présente les avantages énumérés plus haut, en protégeant contre l'occlusion intestinale, l'infection, la suppuration et l'hémorragie.

Enfin cette méthode échappe encore à toutes les critiques que nous avons formulées contre les anciens procédés. Nous n'avons pas à craindre le glissement de la ligature, ni l'infection par la cavité utérine, ni le sphacèle, ni l'élimination ultérieure du caoutchouc comme dans la méthode intra-péritonéale. Nous n'avons pas non plus à redouter le tiraillement d'un pédicule trop court par les broches, ni l'élimination lente du pédicule avec la suppuration qu'elle comporte, ni la fistule utéro-cutanée, ni l'éventration comme dans la méthode extra-péritonéale.

L'opération que je propose est encore plus rapide, plus simple et plus économique que l'extirpation totale de l'utérus et expose moins à l'hémorragie immédiate ou retardée.

Enfin la ligature directe permet seule d'obtenir la guérison dans certains cas où les procédés classiques ne peuvent donner que des échecs, comme cela s'est présenté dans l'observation II, dans laquelle, après avoir placé un caoutchouc sur le pédicule et fait l'amputation supra-vaginale, je vis tout à coup un fibrome du volume d'un œuf de poule s'énucléer du pédicule sous la pression du caoutchouc. Le pédicule étant alors devenu trop mince, le caoutchouc glissa et une hémorragie grave eut lieu.

Comme ce pédicule était très court et incapable de porter une ligature quelconque, j'aurais été fort embarrassé si je n'avais eu la ressource de la ligature directe. Cette méthode me permit de faire l'hémostase avec la plus grande simplicité et la malade guérit sans incidents.

RÉSULTATS OBTENUS. — J'ai employé huit fois la ligature directe des vaisseaux du pédicule. Six de mes malades ont guéri avec la plus grande simplicité.

Dans deux autres cas, la mort est survenue : dans l'un, par suite de la blessure de la vessie qui s'est trouvée prise dans les ligatures des ligaments larges, dans l'autre, par occlusion intestinale (coudure de l'intestin) sans lésions de péritonite.

Ces deux morts sont tout à fait indépendantes du traitement du pédicule ; la ligature n'a jamais été en défaut, au contraire, elle ne m'a rendu que des services.

Observation I. — *Hystérectomie abdominale pour fibrome utérin. — Ligature directe du pédicule à l'emporte-pièce. — Guérison.* (Observation rédigée sur les notes de mon élève et ami Baudet, externe des hôpitaux.)

Mme D..., âgée de cinquante ans, entre à la Salpêtrière le 6 août 1891, envoyée par M. Macquart, interne distingué du service.

Réglée à onze ans, elle le fut irrégulièrement et douloureusement jusqu'à l'âge de trente-deux ans où elle se maria. A partir de ce moment, les époques deviennent régulières, plus abondantes et indolentes.

Il y a six ans, elle eut à plusieurs reprises des pertes considérables. L'examen fait par son médecin ne révéla aucune lésion; mais depuis cette date ses règles devinrent très irrégulières et très abondantes, avec pertes blanches très accentuées.

Depuis deux ans et demi, on remarque que le côté gauche du ventre est volumineux. Dans ces derniers temps, la malade eut à trois reprises de la rétention d'urine. Au moment de l'examen, elle a ses règles, abondantes et douloureuses, la miction est difficile.

Examen physique. — La malade est grande, grosse et grasse, le ventre volumineux mesure 116 centimètres de circonférence. Au palper, on constate une tumeur siégeant surtout à gauche, remontant à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, inégale, dure, bosselée, mobile latéralement et s'enfonçant dans le petit bassin.

Au toucher vaginal, on trouve la paroi antérieure du vagin refoulée par une masse dure dépendant de la tumeur; le col utérin repoussé en avant est inaccessible. Il y a transmission intégrale des mouvements entre la tumeur abdominale et la masse vaginale.

La malade a les pieds enflés depuis plusieurs années. Rien au cœur, urines normales. L'état général est excellent.

Opération le 20 août 1891.

Longue incision permettant de sortir du ventre un gros fibrome à lobes multiples sous-péritonéaux; le prolongement pelvien faisant ventouse sort avec bruit.

Les ligaments larges très étalés sont coupés entre deux pinces. De chaque côté de l'utérus leur largeur est de 8 à 10 centimètres. A gauche, l'S iliaque est très adhérente à la tumeur. On la décolle. Section du pédicule utérin au-dessus d'une forte pince faisant hémostase. Les ligaments larges sont liés avec des ligatures en chaîne à la grosse soie plate.

Deux coups d'emporte-pièce sont donnés sur des points saignants du pédicule utérin dont le diamètre est environ celui d'une pièce de 10 centimes: ligature à la soie des cylindres isolés.

La cavité utérine est cautérisée au thermo-cautère, on y enfonce profondément une petite mèche de gaze iodoformée qui déborde dans le vagin.

Pas de fixation du pédicule. Réduction totale.

Suture de la paroi sans drainage. Poids de la tumeur, 2 kil. 650. La malade guérit sans incidents. Elle est encore au service le 10 septembre 1891.

Obs. II. — *Hystérectomie abdominale pour fibrome utérin. — Ligature directe du pédicule à l'emporte-pièce. — Guérison.* (Observation rédigée sur les notes de mon élève et ami Baudet, externe des hôpitaux.)

Mlle R..., âgée de quarante-six ans, entre à la Salpêtrière le 20 août 1891, envoyée par le Dr Colette, de Dijon.

Pas de maladies antérieures; pas d'enfants (la malade est vierge).

Menstruée à quinze ans, régulièrement, avec quelques coliques les deux premiers jours.

Depuis quatre ans, les époques ont cessé d'être régulières; elles revenaient toutes les six ou huit semaines, et en même temps provoquaient une pesanteur douloureuse dans le bas-ventre, exagérée par la station debout et qui s'accompagnait de sensations de tiraillement.

L'an dernier, en juillet 1890, on s'aperçut de la présence d'une tumeur abdominale, au moment d'une hémorragie abondante survenue à la période des règles. Depuis lors la tumeur a peu augmenté; mais la malade a constamment des pertes avec coliques faibles. A chaque époque, l'écoulement est considérable; il se continue pendant une vingtaine de jours, mais plus atténué. Pas de troubles de la miction ni de la défécation; les urines sont normales. La malade a peu maigri.

Examen physique. — Le ventre peu volumineux mesure 89 centimètres de circonférence; il est légèrement soulevé par une saillie siégeant surtout à droite, remontant jusqu'à l'ombilic et plongeant en bas dans le petit bassin.

La tumeur est dure, irrégulière, très bosselée; la paroi abdominale glisse au-devant d'elle avec un frottement péritonéal; elle est mobile transversalement. Au toucher, le col est porté à gauche, il est gros et résistant, l'utérus est solidaire des mouvements de la tumeur abdominale.

Opération le 27 août 1891, en présence de mon collègue et ami Auvard, accoucheur des hôpitaux, du docteur Loris-Mélikoff, de M. Devy, dessinateur de la Faculté; avec l'aide de mon interne, M. Dubrisay, et de M. Baudet, externe des hôpitaux.

Longue incision médiane.

La tumeur, composée de plusieurs lobes, presque sessile, est difficile à sortir du bassin. Pour l'attirer un peu plus, je sectionne entre deux pinces les deux ligaments larges.

Une sonde en caoutchouc rouge est placée à la base de la tumeur et arrêtée avec un clamp pour l'hémostase provisoire.

Immédiatement après la section au bistouri, un fibrome du volume d'une mandarine s'énuclée du pédicule sous la pression du caoutchouc; aussitôt celui-ci glisse, et une hémorragie abondante se produit des deux côtés à l'insertion des ligaments larges sur l'utérus. Des clamps placés sur les deux points arrêtent l'hémorragie; une pince à kyste, placée sur le pédicule utérin, permet de le tirer en haut et de le comprimer avec une éponge.

Les ligaments larges sont liés à la grosse soie plate. Le pédicule utérin mesure 8 à 10 centimètres de diamètre; on en fait l'hémostase à l'aide de 5 ligatures à l'emporte-pièce.

Désinfection du canal cervical au thermocautère et à la teinture d'iode; on le bourre de gaze iodoformée débordant tout le vagin. Toute la surface du moignon est touchée à la teinture d'iode. Un crin de Florence passé à travers le bord postérieur du pédicule utérin est ensuite utilisé pour la suture de la paroi abdominale, qui est faite sans drainage.

La tumeur pèse 520 grammes, elle se compose de 4 à 5 gros lobes, les ovaires ont été enlevés.

La malade guérit sans incidents, sans que la température ait atteint 38°. Elle est encore dans le service le 10 septembre 1891.

Cette observation présente un intérêt considérable en ce sens que seule la nouvelle méthode pouvait nous donner le succès.

En effet, le caoutchouc ayant glissé, on ne pouvait songer à employer la ligature élastique perdue. Trop court, le pédicule ne pouvait subir la méthode de Schrœder, seule la méthode de Zweifel eût été applicable, mais avec de grandes difficultés en raison du volume des parties.

On ne pouvait songer à la fixation au dehors en raison de la brièveté. Reste l'extirpation du pédicule par le vagin, bien difficile avec un pareil volume. On peut donc dire que les méthodes connues jusqu'ici ne pouvaient guère donner la guérison, à l'exception peut-être de celle de Zweifel, dont le succès eût été bien douteux, comme je l'ai dit.

Grâce à la ligature directe à l'emporte-pièce et aux précautions adjuvantes, la malade a guéri comme par enchantement. C'est un succès d'une grande signification et qui nous fait espérer pour l'avenir.

Obs. III. — *Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale supra-vaginale. — Traitement du pédicule par la ligature directe des vaisseaux. — Guérison.*

Femme de quarante-trois ans. Règles devenues très abondantes depuis deux ans. On s'est aperçu de la présence de la tumeur il y a dix-huit mois.

La tumeur remonte à 2 doigts au-dessus de l'ombilic, elle est de consistance solide. Le col utérin peu modifié est très remonté. La tumeur est en connexion intime avec l'utérus. Mictions fréquentes; constipation.

Opération le 24 décembre 1891.

Laparotomie médiane.

Section des ligaments larges entre leurs pinces.

Le pédicule, du volume du poignet, est étreint par une sonde de caoutchouc et la tumeur est sectionnée au-dessus. Ligature des ligaments larges à la soie.

Le pédicule étant fixé à l'aide d'une pince à kyste, on desserre le caoutchouc, et on isole chaque vaisseau qui donne à l'emporte-pièce; on l'étreint ensuite dans une pince en cœur et on le lie; 5 ou 6 ligatures suffisent pour l'hémostase.

Désinfection du pédicule au thermocautère et à la teinture d'iode. Une mèche de gaze est introduite dans la cavité utérine.

Fixation du pédicule derrière la paroi avec un crin de Florence qui le traverse.

La tumeur pèse 1450 grammes.

Quelques jours après l'opération, survient un petit abcès des parois abdominales, provenant sans doute de la désinfection incomplète de la cavité utérine. Guérison rapide et complète.

Obs. IV. — *Énorme fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale. — Ligature directe du pédicule. — Blessure de la vessie prise dans les ligatures. — Mort.*

Femme de trente-neuf ans, entrée à Saint-Antoine dans le service de M. Monod, que j'avais l'honneur de suppléer.

Le début de la tumeur paraît remonter à quatre années, mais c'est surtout depuis un an qu'elle a augmenté de volume.

A l'entrée, la tumeur est énorme et remonte jusqu'à l'épigastre (volume d'un utérus à terme). Le col effacé remonte très haut. Une masse lisse, dure, énorme, fait saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Opération le 28 juillet 1892.

Incision médiane de l'épigastre au pubis.

La tumeur est tirée hors du ventre. Je constate que la vessie remonte très haut au-devant de la tumeur. J'incise le péritoine et je la décolle jusqu'en bas.

Les ligaments larges, énormes, sont sectionnés entre deux grandes pinces. Caoutchouc à la base de la tumeur. Section au bistouri au-dessus

du lien élastique. Je lie alors les pédicules à la soie. Nombreuses ligatures en chaîne.

L'opération terminée, je constate du sang dans l'urine et je me convains que la vessie a été comprise dans les ligatures du ligament large gauche. Craignant une hémorragie, je laisse les ligatures en place, comptant sur la sonde à demeure et le drainage du péritoine pour éviter l'infection du péritoine par l'urine.

Ligature directe du pédicule après isolement des vaisseaux à l'emporte-pièce. Désinfection du moignon et de la cavité utérine à la teinture d'iode. Mèche de gaze dans le col.

Fixation du pédicule derrière la paroi avec un crin de Florence.

Drainage du péritoine à la gaze iodoformée.

Sonde à demeure dans la vessie.

Malgré ces précautions, la malade mourut le lendemain soir de péritonite suraiguë.

A l'autopsie, on constate que la vessie a été ouverte à sa partie supérieure et que les fils à ligature traversent ses parois.

Lésions de péritonite aiguë. Liquide séro-sanguinolent d'odeur urineuse dans le petit bassin.

On ne saurait incriminer ici la ligature directe du pédicule; ce procédé ne peut nous donner qu'une bonne hémostase du pédicule et faciliter sa désinfection; il est clair que le procédé n'a pas été en défaut puisque la malade a succombé à la péritonite occasionnée par la blessure de la vessie.

Obs. V. — *Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale. — Ligature directe du pédicule. — Guérison.*

Femme de quarante-neuf ans. Pas d'hémorragies antérieures.

Le début de la tumeur paraît remonter à dix ans.

La tumeur, surtout développée à gauche, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

29 juillet 1892, hystérectomie abdominale.

Incision médiane de 25 à 30 centimètres.

Le fibrome est peu mobile; je l'extrais du ventre et je rétrécis la plaie avec une pince érigne.

Les pédicules vasculaires latéraux sont larges, courts et remontent peu haut.

Je décolle d'abord la vessie de la tumeur au-devant de laquelle elle remonte notablement.

A droite, je sectionne le ligament large entre deux grosses pinces.

A gauche, le ligament est court et rétracté et bride la tumeur. Je charge trois pédicules secondaires et les coupe entre deux pinces.

Lien en caoutchouc sur le pédicule.

Section au-dessus. La tumeur pèse 5 kilogrammes.

Le pédicule étant fixé avec une pince à kyste, je fais desserrer le caoutchouc avec précaution. Des jets artériels s'élancent. Avec mes pinces en

cœur, je pince toute la circonférence du pédicule qui saigne seule. Pour que les ligatures sur le tissu utérin ne glissent pas, je donne un coup de ciseaux de chaque côté des pinces et je lie. Les ligatures tiennent bien; j'en ai placé 12 en tout.

Désinfection du moignon à la teinture d'iode.

Fixation du pédicule derrière la paroi avec un crin de Florence.

Drainage iodoformé double : 1° dans l'espace rétro-vésical décollé; 2° tamponnement de la surface du pédicule qui saigne en nappe.

Guérison sans incidents.

Obs. VI. — *Hystérectomie abdominale. — Ligature du pédicule. — Mort d'occlusion post-opératoire.*

Femme de quarante-six ans. Pas d'accidents antérieurs. La malade étant tombée il y a six semaines, son médecin s'aperçut par hasard de la présence d'une tumeur et l'envoya à la Salpêtrière.

La tumeur remonte à un travers de main au-dessus de l'ombilic.

Hystérectomie abdominale le 29 août 1892.

Incision médiane.

Après avoir sectionné l'épiploon adhérent à la partie supérieure de la tumeur, j'attire celle-ci au dehors. Un gros pédicule charnu qui la retient en haut et à gauche est coupé entre deux pinces.

Ligature élastique sur le pédicule et section de ce dernier.

Je m'aperçois alors qu'il reste dans l'hypocondre gauche une seconde tumeur, fibrome qui adhère à l'épiploon seulement. Ablation de cette tumeur et ligatures multiples de l'épiploon.

Le caoutchouc ayant été dénoué, je fais l'hémostase du pédicule avec mes pinces en cœur; après les débridements nécessaires, les ligatures sont posées (8 à 10).

Désinfection à la teinture d'iode de la surface du pédicule et de la cavité utérine.

Le pédicule trop court n'est pas fixé derrière la paroi.

Je place une mèche de gaze au salol en arrière du pédicule et une autre descendant jusqu'à la surface de section du moignon utérin.

Suture de la paroi.

La température reste normale, et l'état satisfaisant pendant quarante-huit heures.

Le 31 août, se développent des symptômes d'occlusion intestinale (ballonnement, vomissements fécaloïdes), qui persistent malgré les purgatifs.

Le 3 septembre, redoutant des accidents septiques, je fais l'ablation du col utérin par le vagin pour drainer le péritoine. Je ne trouve pas de liquide dans le ventre, et pas de signes de péritonite.

Le soir, les accidents persistant, j'établis un anus contre nature dans la fosse iliaque droite, sur l'intestin grêle, après avoir constaté une seconde fois l'intégrité du péritoine. Mort dans la nuit.

A l'autopsie on ne trouve, comme lésion intéressante, qu'un caillot adhérent d'une part au mésentère et d'autre part au grand épiploon, qui paraissait comprimer l'intestin.

La malade n'a jamais présenté d'élévation de température.

Obs. VII. — *Fibrome utérin; hystérectomie abdominale.* — *Ligature directe du pédicule.* — *Guérison.*

Malade de quarante et un ans, envoyée à la Salpêtrière par M. le professeur Le Dentu. Dans l'intervalle des règles, suintement sanguin léger, presque continu.

La tumeur remonte à deux travers de doigt de l'ombilic, elle est mobile. Le col est conique, les culs-de-sac du vagin sont libres.

Opération le 4 avril 1893, en présence des D[rs] Serres et Lancial et du professeur Poncet, de Lyon.

Incision médiane.

Les pédicules latéraux assez courts sont coupés entre deux clamps à dents de crocodile, et liés.

Un caoutchouc est jeté sur le pédicule et arrêté avec un clamp. Une couronne de pinces en cœur est placée sur la circonférence du pédicule.

Le caoutchouc est alors desserré. Il se produit à la surface du pédicule une hémorragie qu'on arrête en plaçant 4 ou 5 pinces en cœur sur des prismes utérins délimités par une incision quadrilatère. Environ dix ligatures sont posées sur la circonférence du pédicule.

Désinfection de la cavité utérine et de la surface du pédicule avec de la teinture d'iode.

Le pédicule est fixé derrière la paroi avec un crin de Florence qui sert en même temps à la suture de cette même paroi.

Une mèche de gaze salolée draine la plaie pariétale jusqu'au pédicule.

Les jours suivants, léger suintement sanguin.

La mèche est supprimée au bout de quarante-huit heures.

Guérison sans incidents.

Obs. VIII. — *Grossesse extra-utérine.* — *Ablation totale du sac avec amputation supra-vaginale de l'utérus.* — *Ligature directe du pédicule.* — *Guérison.*

Malade qui m'est adressée par mon collègue et ami le D[r] Auvard.

L'apparition de la tumeur remonte au mois de juin 1892; elle s'est accrue rapidement jusqu'au mois d'août. A ce moment, le ventre tombe, les seins se gonflent, il y a sécrétion lactée. A l'entrée, on constate une tumeur bosselée, très dure, remontant à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Laparotomie le 6 avril 1893, en présence des docteurs Boiffin, Villar, Frémont, Auvard, Berlin, Métaxas, Lancial.

Je tombe sur une grosse tumeur à parois jaunâtres. L'utérus hypertrophié remonte au-devant de la tumeur à laquelle il est uni par de larges adhérences.

Je passe un caoutchouc autour du col utérin et je l'arrête avec une pince. Les adhérences qui réunissent l'utérus à la poche sont coupées entre deux ligatures, mais celles-ci glissent. L'hémostase est obtenue par la compression avec des éponges.

Un caoutchouc est passé autour du pédicule de la tumeur qui est très sessile.

La tumeur est coupée au-dessus, on en retire un fœtus de huit mois,

momifié, et un liquide puriforme analogue à celui des kystes dermoïdes. Les parois de la poche sont comprimées avec des pinces pour l'hémostase. Je passe alors au-dessous de la partie déclive de la poche une double ligature en chaîne et par-dessous une ligature en masse à la soie double (après avoir enlevé le caoutchouc).

Je fais alors l'amputation supra-vaginale de l'utérus, puis l'hémostase directe du pédicule avec quatre ou cinq ligatures.

Le pédicule est fixé dans une des sutures de la paroi abdominale, après désinfection à la teinture d'iode. Drain salolé traversant la paroi jusqu'au pédicule. — Guérison sans incidents.

La chirurgie et l'électricité appliquées au traitement des fibromes utérins,

Par le Dr Danion (de Paris).

Il ne reste dans un grand nombre de cas que deux moyens de remédier aux situations morbides engendrées par les tumeurs fibreuses. Ils nous sont offerts par la chirurgie et l'électricité. Mon but est d'examiner la valeur comparative de ces deux moyens.

Pour atteindre ce but, le chemin le plus court est de mettre en parallèle leurs avantages et leurs inconvénients.

L'inconvénient le plus grave d'un traitement est sans contredit de faire courir au malade des dangers de mort. Je n'ai à examiner l'étendue de cet inconvénient que pour la chirurgie.

L'électricité est en effet affranchie aujourd'hui de la manière la plus absolue non seulement de tout danger mortel, mais même de tout danger si minime qu'il soit.

C'est une vérité irrécusable, dont la démonstration est appuyée par plusieurs milliers d'applications, et ceux qui la contestent ne peuvent établir qu'une confusion entre les méthodes intra-utérines *galvano-caustiques* et la méthode électro-dynamique vaginale, ou intra-cervicale. J'ai été le premier à dénoncer les dangers mortels de l'*électro-caustique* intra-utérine et des ponctions, mais en présence de l'innocuité absolue unie à la supériorité incontestable de l'action vaginale ou intra-cervicale, l'objection empruntée aux dangers des applications électriques *n'a plus la moindre valeur* : si elle était maintenue, elle deviendrait un argument de mauvaise foi.

Je n'ai donc à examiner que les dangers que présente l'intervention chirurgicale.

Le procédé le plus dangereux est sans contredit l'extirpation totale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et des tumeurs, en un mot l'hystérectomie. C'est cependant celui qui est le plus pra-

tiqué et qui est même presque exclusivement pratiqué; il en résulte que c'est le seul capable d'atteindre le but thérapeutique poursuivi, et que les arguments tirés de la mortalité des autres procédés ne pourraient que compliquer la discussion sans profit pour l'élucidation de la question.

Je dois donc me borner, me limiter à envisager la mortalité que donne l'hystérectomie pratiquée pour fibromes utérins.

Les statistiques sont généralement peu explicites; cependant j'ai pu porter mon examen sur une d'entre elles qui a une valeur incontestable parce qu'elle comprend une période de plusieurs années et parce qu'elle est fournie par un grand chirurgien, par un chirurgien qui n'est pas seulement un des plus habiles de notre époque, mais encore un de ceux qui observent avec le plus de soin les règles de l'antisepsie. J'ai nommé M. Terrier, médecin de l'hôpital Bichat.

J'ignore si la première période de quatre années concerne des hystérectomies faites pour fibromes, car la mention n'en est pas donnée, mais il n'en est plus de même pour les cinq dernières, qui portent la mention d'hystérectomies pour fibromes, et la dernière année indique même que les fibromes étaient exempts de toute complication.

Voici ce tableau statistique :

	HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.		HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.	
1883	2	2 guérisons.		
1884	2	1 mort.		
1885	4	4 —	4	2 morts.
1886	6	3 —	13	3 —
1887 { ...	8	4 —	12	3 —
1887 { hystéro-ovar.	2	1 —		
1888 { ...	5	5 guérisons.	4	
1888 { hystéro-ovar.	1	1 mort.		
1889	12	6 —		
1890	6	2 —		
1891	15	8 —		
	63	30 morts.	33	8 morts.

Ces documents sont empruntés aux publications du *Progrès médical* et s'arrêtent à l'année 1891.

Je ne veux point examiner tous les enseignements qu'ils comportent. Je veux simplement, tout isolés que sont ces faits, en tirer une conclusion irrécusable qui défie tous les sophismes, en raison de la grande autorité dont ils émanent.

C'est qu'un traitement chirurgical prétendant à la guérison des fibromes utérins peut entraîner fréquemment la mort des malades et que pour avoir le maximum de chances d'atteindre la guérison, il faut employer une méthode extrêmement meurtrière. Tous les

arguments contradictoires viendront échouer contre cette conclusion, que je considère comme inébranlable.

Je *démontrerai* dans un instant que si l'on eût appliqué le traitement électrique, *aucune* de ces malades, et en tout cas aucune de celles qui portaient des fibromes non compliqués, ne fût morte.

Quant à la mention « guérison » appliquée aux cas dans lesquels les malades n'ont pas succombé, je dois faire observer qu'elle ne s'applique qu'à la guérison opératoire et que, dans les premiers mois ou l'année qui suivent, l'opération peut parfaitement être suivie de mort; je connais pour mon compte des faits de ce genre et je ne pense pas qu'aucun observateur puisse contredire cette assertion, qui a pour conséquence d'élever le taux de la mortalité.

Il me reste à examiner quel est le bénéfice offert aux malades au prix de semblables dangers.

Le seul résultat qui soit obtenu d'une manière infaillible, et pour cause, c'est la suppression des hémorragies lorsqu'il en existe, et dans quelques cas la suppression des phénomènes morbides déterminés par le volume et la compression des tumeurs. Mais dans beaucoup de cas les douleurs qui existaient persistent, ou se réveillent peu de temps après l'opération; dans certains autres celle-ci en provoque; *enfin, sauf de rares exceptions*, l'opération crée pour les malades, surtout si elles n'approchent pas de la ménopause, et plus encore si elles sont jeunes, une situation physiologique, ou plutôt antiphysiologique, qui compromet à tout jamais l'avenir de leur santé, en même temps qu'une situation morale qui n'est pas sans troubler dans beaucoup de cas leur existence.

J'ai interrogé, j'ai soigné, je soigne encore un certain nombre de malades qui témoignent de la véracité de ce que j'avance et ces faits sont confirmés par d'autres praticiens.

C'est une grave erreur de croire que l'on puisse impunément mutiler une femme et supprimer un de ses organes les plus essentiels, supprimer une fonction de la régularité de laquelle dépend la santé de la femme, et dont la suppression accidentelle devient la source d'accidents morbides qui ne cessent qu'avec son rétablissement.

Lorsque la vie d'une malade est rendue pénible, impossible par les souffrances, lorsqu'elle est menacée par des hémorragies graves, la nouvelle existence que leur procure une opération heureuse, comparée à l'ancienne, est pour les opérées un grand bienfait, mais la santé qu'elles retrouvent est toute relative.

Cependant, s'il n'existait aucun autre moyen de dénouer de pareilles situations morbides, l'opération, en dépit de ses dangers,

aurait une réelle indication dans ces cas, qui sont en somme fréquents, mais il existe fort heureusement aujourd'hui, et cela en dépit de toutes les affirmations, de toutes les opinions contraires, un moyen de rendre sans l'ombre d'un danger les malades à la santé. Il suffit pour cela d'appliquer l'électricité.

Ceci m'amène à examiner quels sont les avantages offerts par le traitement électrique; mais je spécifie soigneusement que je n'envisage ici que les cas dans lesquels il n'existe simultanément avec les fibromes ni kystes, ni ovaro-salpingites suppurées et, d'une manière générale, pas de collection purulente, ou ceux dans lesquels il n'existe pas de polypes cavitaires méconnus, ce qui en somme est très rare.

Ceci établi, voici les effets produits par le traitement vaginal électro-dynamique ou par le traitement intra-cervical, et mieux encore par la combinaison des deux traitements, *et cela, je le répète encore une fois, sans qu'il se produise jamais le plus léger accident, et sans qu'on en ait jamais cité un seul.*

Dans tous les cas *sans exception*, l'état général se relève, l'appétit et les forces renaissent, les hémorragies et les métrorragies s'arrêtent le plus souvent de bonne heure, les douleurs cessent, le volume des fibromes diminue dans une certaine mesure, souvent dans une large mesure. Lorsqu'ils ont un volume énorme, les malades sont et restent délivrées de l'anxiété respiratoire qu'ils provoquent. Il n'y a d'exception au point de vue de la diminution que pour les fibromes qui ont la dureté du cartilage.

La maladie est enrayée *dans tous les cas* et ces bons résultats sont obtenus même lorsque l'état des malades est tellement précaire que leur existence est compromise. Ce sont des faits que j'ai démontrés non seulement par des observations personnelles, mais par des observations prises dans des hôpitaux ou sur des malades de la ville qui ont été suivies par des médecins ou des chirurgiens. Il est impossible qu'ils soient sérieusement contestés, sinon il faudrait renoncer à vouloir établir aucune vérité médicale.

Le seul inconvénient du traitement est de ne pas être radical, et cela à un double point de vue :

D'abord parce que, en dehors de rares exceptions, et à moins que les tumeurs ne soient de très petit volume, le traitement ne les fait jamais disparaître. Ensuite parce qu'il ne produit assez fréquemment que des guérisons temporaires, surtout dans les cas invétérés et restés rebelles à toutes les médications. Il est par suite nécessaire de revenir au traitement, mais même dans ces derniers cas, les malades peuvent traverser après un premier traitement des périodes de plusieurs mois et parfois d'une ou plusieurs années. Elles peuvent en tout cas, à l'aide d'applications

assez rares, non seulement conserver le bénéfice acquis, mais consolider de plus en plus la guérison, si bien qu'à l'aide d'un traitement éclairé on arrive à rendre les malades à la vie commune et à leur assurer en tout cas une existence infiniment préférable à celle que leur donne en règle générale un dénouement opératoire heureux.

Je crois bien inutile d'établir aucune comparaison entre la guérison électro-thérapeutique et la guérison opératoire lorsque la première peut être obtenue. Celle-ci est en effet absolue, sans tare d'aucune sorte. Mais même lorsque les malades sont obligées de recourir de temps à autre au traitement, leur situation est telle que l'indication d'une opération cesse d'avoir aucune raison d'être.

Quelques-unes de mes malades ont cédé au mirage d'une guérison radicale que devait leur donner une opération entourée de belles promesses. J'affirme que cette opération n'était nullement nécessaire et cependant deux d'entre elles ont succombé.

En revanche, j'ai pu non seulement conserver l'existence de *toutes* celles qui ont continué le traitement autant qu'il était nécessaire, mais encore j'ai pu leur assurer une existence qui leur permet d'aller à leurs plaisirs et à leurs affaires.

Les malades qui nécessitent des soins renouvelés plus ou moins fréquemment sont toutes des malades gravement atteintes.

A beaucoup de celles que j'ai soignées ou que je soigne, on avait conseillé une opération qui, étant donné leur état, eût été d'une extrême gravité. Je le répète, toutes ces malades n'ont pas seulement la vie sauve, mais ont un état de santé que ne leur eût très probablement pas assuré l'opération.

L'expérience que j'ai aujourd'hui des fibromes utérins et de leur traitement électrique, expérience qui s'appuie sur plus de 500 cas observés et sur plusieurs milliers d'applications, le soin que j'ai pris de rechercher les bénéfices donnés par l'opération chez un grand nombre de malades, sans compter les résultats dont j'ai été témoin, m'autorisent à affirmer hautement que toutes les malades atteintes de fibromes utérins *non compliqués* (j'insiste sur ce point) qui ont été opérées dans ces dernières années, seraient encore en vie si elles avaient été soignées par l'électricité.

Cette expérience m'autorise à affirmer, en dépit de toutes les dénégations qu'on voudrait m'opposer, et ce sont des conclusions dont l'exactitude sera démontrée par une enquête sincère lorsqu'on voudra la faire :

1° Que toute intervention chirurgicale est inutile dans les cas de fibromes utérins qui ne sont compliqués ni par des kystes, ni par des ovaro-salpingites suppurées ou par une collection purulente quelconque.

L'intervention chirurgicale est particulièrement inutile lorsque les malades approchent de la ménopause. L'électricité, dans ces derniers cas, assure *toujours* la guérison radicale dans un temps plus ou moins court.

2° Que l'état de santé qu'assure l'électricité aux malades est bien préférable à celui que leur donnent en général les opérations lorsqu'elles réussissent.

Cette conclusion concerne particulièrement les cas graves, ceux dans lesquels une opération peut trouver des raisons d'être.

3° Que, par suite, les accidents mortels, et les situations morbides qui sont la conséquence des opérations, ne peuvent avoir d'excuse, et qu'enfin c'est plus que jamais, ainsi que l'a dit un grand chirurgien anglais, Thomas Keith, une question d'humanité de recourir au traitement électrique et de surseoir aux interventions chirurgicales dans les cas de fibromes.

M. Verneuil. — On a beaucoup insisté, dans une séance précédente, sur la gravité des fibromes utérins et la fréquence des accidents qu'ils provoquent, en sorte que, d'après quelques-uns de nos confrères, l'indication opératoire s'impose dès que l'existence du fibrome utérin est constatée. C'est là une proposition que je n'accepterai jamais, et il y a, à mon avis, une réelle exagération dans ce qui a été dit au sujet de la gravité des fibromyomes utérins. J'admets très bien la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes déterminant des accidents véritablement graves, qui surviennent à la longue, en l'absence complète de soins, mais à côté de ces cas il en est un nombre considérable dans lesquels les accidents provoqués par les fibromes utérins sont extrêmement légers et facilement curables par les moyens ordinaires. D'une façon générale, on peut dire que la mort par fibromes utérins est tout à fait rare et, pour mon compte, je n'ai jamais vu une femme mourir d'hémorragies consécutives à un fibrome. J'ai soigné avec succès pendant deux mois une femme épuisée par des hémorragies; elle était très améliorée lorsqu'elle entra dans un autre service, où on lui fit l'hystérectomie : trois jours après elle était morte. Il est bien certain que les chiffres de la mortalité accusée par nos collègues les plus habiles, à la suite d'opérations, présentent un contraste frappant avec la rareté de la mort par fibromes non opérés.

Séance du mercredi 5 avril (soir).

Présidence de M. le Professeur J. Reverdin (de Genève).

Question mise à l'ordre du jour : **Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.**

Sur une loi de la mortalité et des récidives chez les individus atteints de tuberculose chirurgicale (loi de décroissance).

Par le Dr Ch. Audry (de Toulouse).

On admet (Verneuil, Kœnig, Billroth) que le pronostic des tuberculoses ostéo-articulaires présente au sujet de la survie définitive de l'individu une gravité considérable; les auteurs précédents l'ont exagérée.

La tuberculose est très certainement curable, ou demeure silencieuse pendant un temps assez long pour qu'on puisse la considérer comme guérie. C'est une erreur que de croire qu'après dix ans on ne retrouvera plus ses opérés.

Si l'on considère seulement le pied, on voit que sur 120 individus dont nous avons pu compléter les observations pour une période variant de dix-huit mois à trente ans (tous malades de la pratique du Pr Ollier), nous avons constaté que 57 avaient présenté, à notre connaissance, d'autres manifestations tuberculeuses que celles du pied; 35 sont morts.

Sur ces 35 morts, 10 se sont produites pendant la première année qui a suivi le début du traitement, 10 pendant la seconde.

Les 15 autres ont succombé après un temps variant de deux à vingt-deux ans.

(Les plus anciens après dix-huit, vingt, vingt-deux ans.)

Or il existe encore des opérés non tuberculeux visiblement après trente années et vingt-huit années de survie.

Je pense que, de la sorte, on peut se croire autorisé à considérer le pronostic vital des tuberculeux du pied, et certainement aussi, de ceux atteints en d'autres régions ostéo-articulaires, comme comparable à celui des cancéreux d'après la loi de Volkmann.

D'une façon complètement opposée à celle de M. Kœnig, nous admettons ce qui suit :

Les premiers mois, les deux premières années écoulées après le début du traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires sont de beaucoup les plus dangereux, mais le pronostic

du lien élastique. Je lie alors les pédicules à la soie. Nombreuses ligatures en chaîne.

L'opération terminée, je constate du sang dans l'urine et je me convains que la vessie a été comprise dans les ligatures du ligament large gauche. Craignant une hémorragie, je laisse les ligatures en place, comptant sur la sonde à demeure et le drainage du péritoine pour éviter l'infection du péritoine par l'urine.

Ligature directe du pédicule après isolement des vaisseaux à l'emporte-pièce. Désinfection du moignon et de la cavité utérine à la teinture d'iode. Mèche de gaze dans le col.

Fixation du pédicule derrière la paroi avec un crin de Florence.

Drainage du péritoine à la gaze iodoformée.

Sonde à demeure dans la vessie.

Malgré ces précautions, la malade mourut le lendemain soir de péritonite suraiguë.

A l'autopsie, on constate que la vessie a été ouverte à sa partie supérieure et que les fils à ligature traversent ses parois.

Lésions de péritonite aiguë. Liquide séro-sanguinolent d'odeur urineuse dans le petit bassin.

On ne saurait incriminer ici la ligature directe du pédicule; ce procédé ne peut nous donner qu'une bonne hémostase du pédicule et faciliter sa désinfection; il est clair que le procédé n'a pas été en défaut puisque la malade a succombé à la péritonite occasionnée par la blessure de la vessie.

Obs. V. — *Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale. — Ligature directe du pédicule. — Guérison.*

Femme de quarante-neuf ans. Pas d'hémorragies antérieures.

Le début de la tumeur paraît remonter à dix ans.

La tumeur, surtout développée à gauche, remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

29 juillet 1892, hystérectomie abdominale.

Incision médiane de 25 à 30 centimètres.

Le fibrome est peu mobile; je l'extrais du ventre et je rétrécis la plaie avec une pince érigne.

Les pédicules vasculaires latéraux sont larges, courts et remontent peu haut.

Je décolle d'abord la vessie de la tumeur au-devant de laquelle elle remonte notablement.

A droite, je sectionne le ligament large entre deux grosses pinces.

A gauche, le ligament est court et rétracté et bride la tumeur. Je charge trois pédicules secondaires et les coupe entre deux pinces.

Lien en caoutchouc sur le pédicule.

Section au-dessus. La tumeur pèse 5 kilogrammes.

Le pédicule étant fixé avec une pince à kyste, je fais desserrer le caoutchouc avec précaution. Des jets artériels s'élancent. Avec mes pinces en

cœur, je pince toute la circonférence du pédicule qui saigne seule. Pour que les ligatures sur le tissu utérin ne glissent pas, je donne un coup de ciseaux de chaque côté des pinces et je lie. Les ligatures tiennent bien; j'en ai placé 12 en tout.

Désinfection du moignon à la teinture d'iode.

Fixation du pédicule derrière la paroi avec un crin de Florence.

Drainage iodoformé double : 1° dans l'espace rétro-vésical décollé; 2° tamponnement de la surface du pédicule qui saigne en nappe.

Guérison sans incidents.

Obs. VI. — *Hystérectomie abdominale. — Ligature du pédicule. — Mort d'occlusion post-opératoire.*

Femme de quarante-six ans. Pas d'accidents antérieurs. La malade étant tombée il y a six semaines, son médecin s'aperçut par hasard de la présence d'une tumeur et l'envoya à la Salpêtrière.

La tumeur remonte à un travers de main au-dessus de l'ombilic.

Hystérectomie abdominale le 29 août 1892.

Incision médiane.

Après avoir sectionné l'épiploon adhérent à la partie supérieure de la tumeur, j'attire celle-ci au dehors. Un gros pédicule charnu qui la retient en haut et à gauche est coupé entre deux pinces.

Ligature élastique sur le pédicule et section de ce dernier.

Je m'aperçois alors qu'il reste dans l'hypocondre gauche une seconde tumeur, fibrome qui adhère à l'épiploon seulement. Ablation de cette tumeur et ligatures multiples de l'épiploon.

Le caoutchouc ayant été dénoué, je fais l'hémostase du pédicule avec mes pinces en cœur; après les débridements nécessaires, les ligatures sont posées (8 à 10).

Désinfection à la teinture d'iode de la surface du pédicule et de la cavité utérine.

Le pédicule trop court n'est pas fixé derrière la paroi.

Je place une mèche de gaze au salol en arrière du pédicule et une autre descendant jusqu'à la surface de section du moignon utérin.

Suture de la paroi.

La température reste normale, et l'état satisfaisant pendant quarante-huit heures.

Le 31 août, se développent des symptômes d'occlusion intestinale (ballonnement, vomissements fécaloïdes), qui persistent malgré les purgatifs.

Le 3 septembre, redoutant des accidents septiques, je fais l'ablation du col utérin par le vagin pour drainer le péritoine. Je ne trouve pas de liquide dans le ventre, et pas de signes de péritonite.

Le soir, les accidents persistant, j'établis un anus contre nature dans la fosse iliaque droite, sur l'intestin grêle, après avoir constaté une seconde fois l'intégrité du péritoine. Mort dans la nuit.

A l'autopsie on ne trouve, comme lésion intéressante, qu'un caillot adhérent d'une part au mésentère et d'autre part au grand épiploon, qui paraissait comprimer l'intestin.

La malade n'a jamais présenté d'élévation de température.

Obs. VII. — *Fibrome utérin; hystérectomie abdominale. — Ligature directe du pédicule. — Guérison.*

Malade de quarante et un ans, envoyée à la Salpêtrière par M. le professeur Le Dentu. Dans l'intervalle des règles, suintement sanguin léger, presque continu.

La tumeur remonte à deux travers de doigt de l'ombilic, elle est mobile. Le col est conique, les culs-de-sac du vagin sont libres.

Opération le 4 avril 1893, en présence des Drs Serres et Lancial et du professeur Poncet, de Lyon.

Incision médiane.

Les pédicules latéraux assez courts sont coupés entre deux clamps à dents de crocodile, et liés.

Un caoutchouc est jeté sur le pédicule et arrêté avec un clamp. Une couronne de pinces en cœur est placée sur la circonférence du pédicule.

Le caoutchouc est alors desserré. Il se produit à la surface du pédicule une hémorragie qu'on arrête en plaçant 4 ou 5 pinces en cœur sur des prismes utérins délimités par une incision quadrilatère. Environ dix ligatures sont posées sur la circonférence du pédicule.

Désinfection de la cavité utérine et de la surface du pédicule avec de la teinture d'iode.

Le pédicule est fixé derrière la paroi avec un crin de Florence qui sert en même temps à la suture de cette même paroi.

Une mèche de gaze salolée draine la plaie pariétale jusqu'au pédicule.

Les jours suivants, léger suintement sanguin.

La mèche est supprimée au bout de quarante-huit heures.

Guérison sans incidents.

Obs. VIII. — *Grossesse extra-utérine. — Ablation totale du sac avec amputation supra-vaginale de l'utérus. — Ligature directe du pédicule. — Guérison.*

Malade qui m'est adressée par mon collègue et ami le Dr Auvard.

L'apparition de la tumeur remonte au mois de juin 1892; elle s'est accrue rapidement jusqu'au mois d'août. A ce moment, le ventre tombe, les seins se gonflent, il y a sécrétion lactée. A l'entrée, on constate une tumeur bosselée, très dure, remontant à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Laparotomie le 6 avril 1893, en présence des docteurs Boiffin, Villar, Frémont, Auvard, Berlin, Métaxas, Lancial.

Je tombe sur une grosse tumeur à parois jaunâtres. L'utérus hypertrophié remonte au-devant de la tumeur à laquelle il est uni par de larges adhérences.

Je passe un caoutchouc autour du col utérin et je l'arrête avec une pince. Les adhérences qui réunissent l'utérus à la poche sont coupées entre deux ligatures, mais celles-ci glissent. L'hémostase est obtenue par la compression avec des éponges.

Un caoutchouc est passé autour du pédicule de la tumeur qui est très sessile.

La tumeur est coupée au-dessus, on en retire un fœtus de huit mois,

momifié, et un liquide puriforme analogue à celui des kystes dermoïdes. Les parois de la poche sont comprimées avec des pinces pour l'hémostase. Je passe alors au-dessous de la partie déclive de la poche une double ligature en chaîne et par-dessous une ligature en masse à la soie double (après avoir enlevé le caoutchouc).

Je fais alors l'amputation supra-vaginale de l'utérus, puis l'hémostase directe du pédicule avec quatre ou cinq ligatures.

Le pédicule est fixé dans une des sutures de la paroi abdominale, après désinfection à la teinture d'iode. Drain salolé traversant la paroi jusqu'au pédicule. — Guérison sans incidents.

La chirurgie et l'électricité appliquées au traitement des fibromes utérins,

Par le Dr Danion (de Paris).

Il ne reste dans un grand nombre de cas que deux moyens de remédier aux situations morbides engendrées par les tumeurs fibreuses. Ils nous sont offerts par la chirurgie et l'électricité. Mon but est d'examiner la valeur comparative de ces deux moyens.

Pour atteindre ce but, le chemin le plus court est de mettre en parallèle leurs avantages et leurs inconvénients.

L'inconvénient le plus grave d'un traitement est sans contredit de faire courir au malade des dangers de mort. Je n'ai à examiner l'étendue de cet inconvénient que pour la chirurgie.

L'électricité est en effet affranchie aujourd'hui de la manière la plus absolue non seulement de tout danger mortel, mais même de tout danger si minime qu'il soit.

C'est une vérité irrécusable, dont la démonstration est appuyée par plusieurs milliers d'applications, et ceux qui la contestent ne peuvent établir qu'une confusion entre les méthodes intra-utérines *galvano-caustiques* et la méthode électro-dynamique vaginale, ou intra-cervicale. J'ai été le premier à dénoncer les dangers mortels de l'*électro-caustique* intra-utérine et des ponctions, mais en présence de l'innocuité absolue unie à la supériorité incontestable de l'action vaginale ou intra-cervicale, l'objection empruntée aux dangers des applications électriques *n'a plus la moindre valeur* : si elle était maintenue, elle deviendrait un argument de mauvaise foi.

Je n'ai donc à examiner que les dangers que présente l'intervention chirurgicale.

Le procédé le plus dangereux est sans contredit l'extirpation totale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et des tumeurs, en un mot l'hystérectomie. C'est cependant celui qui est le plus pra-

sur l'une ou l'autre face et qui contient du caséum, des fongosités caractéristiques ou des séquestres infiltrés eux-mêmes.

Les os ainsi frappés ne sont pas ramollis d'habitude; ils sont durs à couper et présentent assez souvent des couches sous-périostiques nouvelles, produit de la réaction inflammatoire.

Même dans les lésions centrales, on rencontre assez souvent des formes caséo-fongueuses : l'ensemble de ces altérations constituera la *carie* proprement dite, avec ses différents aspects, son ramollissement, ses fongosités, son état graisseux, ses séquestres, etc. Que l'élément vasculaire prédomine et sera constituée la *caries carnosa*. Je n'ai jamais trouvé, au pied, la forme dite *carie sèche*.

2° *Astragale*. — Dans cet os aussi les lésions centrales sont les plus fréquentes (14 contre 7 périphériques). Toutes les formes s'y trouvent, mais le tubercule caséo-fongueux y semble moins rare que l'infiltration (13 cas contre 9 d'infiltration).

Deux sièges principaux existent pour les localisations tuberculeuses, le corps d'une part et de l'autre le col et la petite tête (8 cas) : il y a une certaine indépendance relative entre ces deux régions.

Plus qu'en tout autre segment osseux du pied, le ramollissement domine à l'astragale : les lésions réactives y sont rares. J'ai rencontré cependant un cas curieux d'éburnation presque totale de toute la masse, la périphérie étant presque intacte : au centre de ce tissu condensé existait une petite cavité remplie de moelle fongo-caséeuse : par une fistulette, ce tubercule enkysté communiquait avec l'échancrure inférieure et l'articulation sous-astragalienne.

Les connexions articulaires de l'astragale suffisent largement à expliquer la fréquence de ses lésions secondaires et la fréquence des cas où son extirpation est commandée. M. Vallas avait d'ailleurs, en ne prenant que des cas de résection tibio-tarsienne, trouvé sur 48 pièces, 22 lésions astragaliennes pour 13 lésions calcanéennes.

3° *Mortaise tibio-péronière*. — A part 4 cas douteux, les lésions de la mortaise ont été trouvées centrales 12 fois et périphériques 5 fois seulement. La prédominance est encore à l'infiltration (9 cas) avec séquestres (9 cas). — Je n'ai rencontré que 6 tubercules caséo-fongueux, d'ordinaire périphériques.

J'ai toujours trouvé les tubercules dans l'épiphyse et à cheval sur la région juxta-épiphysaire et l'épiphyse, par extension seulement. — La forme séquestrale ordinaire est le *séquestre cunéiforme*. Ces séquestres sont quelquefois compris dans de grandes cavernes à parois infiltrées. — Sur le péroné, j'ai trouvé de véri-

tables tubercules térébrants. — Sur la mortaise tibiale, un point particulièrement envahi est l'angle que fait sa portion plane avec la malléole. Les lésions périphériques d'ordinaire sont sous-chondriques et multiples : souvent l'article tibio-péronier est envahi. Enfin c'est au tibia que les déformations secondaires réactives avec déformations, se rencontrent le plus souvent.

La synoviale tibio-tarsienne une fois envahie, il est exceptionnel que l'astragale ne présente pas de lésions secondaires. En tout cas, les propagations aux articulations voisines seront sensiblement les mêmes qu'en cas de tuberculose astragalienne primitive.

On rencontre quelquefois l'ankylose tibio-tarsienne complète, osseuse; plus souvent elle n'est que partielle.

4° *Cunéiformes.* — Dans ces trois os que je réunis à dessein, j'ai rencontré 7 fois des foyers centraux, et une seule fois un foyer périphérique net. — L'infiltration s'y est montrée 5 fois et 2 fois des séquestres. Enfin 2 fois c'est au tubercule caséo-fongueux qu'on avait affaire.

Un fait domine toute l'anatomie pathologique de cette région prise en masse : ce sont les relations indiscutables qu'elle offre avec le scaphoïde et le cuboïde d'une part, les extrémités métatarsiennes de l'autre. Toute cette tranche du tarse forme une région pathologique spéciale et les résultats des opérations pratiquées sur elles sont là pour justifier cette manière de voir, à défaut des données anatomiques.

5° *Cuboïde.* — Prédominance encore des formes centrales (4 sur 5 lésions). Dans 2 cas, infiltration et séquestre, et dans un cas infiltration, sans séquestre, c'est tout ce que j'ai observé de net.

6° *Scaphoïde.* — Sur 6 cas, j'ai dû en considérer 5 comme douteux. Le dernier se rapporte à une lésion franchement centrale : 2 cas d'infiltration et un seul séquestre, enfin 3 lésions caséo-fongueuses; telles sont les résultats précis de l'examen des pièces.

7° *Métatarse. Phalanges.* — Le seul point qui ressorte exactement, c'est la prédominance énorme des lésions du premier métatarsien (25 cas sur 48). Si les lésions primitives me font défaut, il n'en est pas de même des secondaires; et l'on peut affirmer qu'il n'est presque pas de tuberculose du tarse antérieur qui n'ait pour résultat d'altérer plus ou moins les extrémités postérieures des métatarsiens.

8° *Lésions complexes et multiples.* — J'ai rencontré 4 cas de cette nature dans lesquels les lésions étaient à peu près également répandues dans plus de deux os. Dans un de ces cas, observé sur un homme de quarante-cinq ans, après amputation,

les tubercules, uniquement périphériques, étaient répartis sur tous les os du tarse, le tibia et le péroné. C'étaient de petits tubercules miliaires, fongo-caséeux, comme incrustés sous un périoste dont la réaction avait produit une quantité très considérable d'ostéophytes. — Dans quelques-uns de ces nids étaient des séquestres formés aux dépens de la couche compacte. Sur les coupes, tous les os étaient condensés, durs, et entre les travées principales, éburnées, la moelle était gris perle. Les fongosités périphériques, très abondantes, étaient parsemées de petits amas caséeux encapsulés. — Il n'y avait pas de bacilles.

III. — Coup d'œil d'ensemble sur la tuberculose du pied. Bacilles. Age.

Dans la tuberculose osseuse du pied, les lésions sont le plus habituellement centrales (68 contre 21 périphériques) et séquestrales (54 cas). La forme la plus fréquente est l'infiltration (41 cas) liée à la présence des séquestres. Les lésions caséo-fongueuses ont été trouvées 35 fois et enfin 21 cas présentent des lésions complexes et diverses.

Les types pathologiques de la tuberculose du pied peuvent se réduire à 4.

1° *Lésions primitives des métatarsiens et des phalanges.* — Leur tendance est de rester localisées et de n'intéresser le pied que jusqu'à l'interligne de Lisfranc : c'est *peut-être* la classe la plus nombreuse.

2° *Lésions du tarse antérieur.* — C'est là une catégorie très à part. L'origine peut être dans un des cunéiformes, dans le cuboïde ou le scaphoïde, bien plus rarement dans les métatarsiens : la lésion occupe l'espace qui sépare l'interligne de Chopart de celui de Lisfranc, mais les lésions secondaires des métatarsiens ne sont pas rares. Il en est de même de tous ces petits os, quelque localisé que soit le point de départ; très rarement elles vont jusqu'à l'astragale ou au calcanéum.

3° *Lésions du calcanéum.* — Elles présentent la même tendance à la localisation. — Si de la statistique générale des cas osseux, j'extrais ceux où l'intervention a porté exclusivement sur le calcanéum, j'en trouve 26 de ce genre : le nombre des lésions osseuses totales est réduit à 87; ce n'est plus alors la tuberculose calcanéenne qui domine, puisque de 40 les cas tombent à 14, et, en définitive, il apparaît nettement que, en ce qui concerne les ostéo-arthrites intéressantes pour le chirurgien, la prédominance d'origine appartient essentiellement à l'astragale (29 cas).

J'ai insisté déjà sur les voies par lesquelles l'invasion des os voisins peut se faire; je n'y reviens pas.

4° Les *lésions tibio-tarsiennes* forment la quatrième classe. Elles peuvent avoir deux origines, les os de la jambe et surtout l'astragale. Je ne vois pas d'intérêt bien sérieux pour admettre, suivant l'origine de l'un ou de l'autre des os, deux classes, comme l'a fait Audry. En présence des pièces on est souvent embarrassé, et cliniquement c'est bien autre chose. Que les lésions du col et de la tête de l'astragale puissent, en certaines circonstances, rares d'ailleurs, donner lieu à un ensemble de symptômes qui fera adopter une intervention relativement bénigne, je n'en disconviens pas : mais ce n'est pas l'habitude, loin de là. Au surplus, le sacrifice de l'astragale s'impose comme premier temps de la résection tibio-tarsienne pour tuberculose, et les lésions astragaliennes secondaires seront toujours là pour légitimer l'extirpation totale.

Recherche du bacille de Koch. — Je l'ai faite 32 fois dans les fongosités et j'ai trouvé le bacille 27 fois. Dans les 5 cas où je ne l'ai pas constaté, les lésions macroscopiques étaient bien manifestement tuberculeuses. — Les 27 malades bacillaires ont été :

Perdus de vue	4	fois
Guéris —	16	—
Mort —	1	—
En traitement	6	—

Age. — La recherche de l'âge du début m'a préoccupé. Il ressort de l'examen de 276 observations que c'est de dix à trente ans que les lésions tuberculeuses sont de beaucoup les plus fréquentes (201 contre 75). La proportion est tellement forte que malgré l'absence de sujets jeunes, elle me paraît l'expression de la vérité. Quoi qu'il en soit, il est constant qu'à partir de trente ans, la fréquence de ces lésions décroît (36 cas) jusqu'à quarante-cinq ans et qu'au delà elles sont tout à fait exceptionnelles.

J'ai tâché d'utiliser cette notion de l'âge et de savoir quelle pouvait être son influence sur le développement des lésions synoviales et des lésions osseuses. J'ai donc pris l'âge moyen de tous les cas en masse, et j'ai trouvé que pour 28 lésions synoviales l'âge moyen était 20, 85, soit près de vingt et un ans, et pour les lésions osseuses, 20, 70 sur 98 cas; c'est-à-dire : âge égal sensiblement dans les deux cas.

En éliminant les cas au-dessus de trente-cinq ans, j'ai trouvé :

Pour les lésions synoviales, 18,5, soit dix-huit ans six mois, sur 26 cas;

Pour les lésions osseuses, 15,9, soit près de seize ans, sur 81 cas.

Pour imparfaits que soient ces résultats, ils tendent cependant à confirmer les idées généralement admises au sujet des tuberculoses ostéo-articulaires en général.

Des tuberculoses osseuses et articulaires de la région tarsienne. Importance de l'astragalectomie dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied et des diverses articulations astragaliennes,

Par le Prof. OLLIER (de Lyon).

Dans cette vaste question des tuberculoses du pied, je me bornerai aux tuberculoses de la région tarsienne. Ainsi limité, ce sujet serait encore trop vaste pour le temps dont je puis disposer, mais je m'arrêterai seulement sur certaines questions fondamentales qui me permettront d'exposer quelques idées générales sur la chirurgie conservatrice du pied, et de déterminer les indications relatives des principales opérations économiques de la désarticulation tibio-tarsienne. Dans nos précédents congrès (en 1885 et en 1890), j'ai eu l'honneur de vous exposer mes recherches dans ce sens, recherches que j'ai depuis lors développées et présentées dans leur ensemble dans le troisième volume de mon *Traité des Résections*; mais les faits que j'ai recueillis dans ces trois dernières années, s'ajoutant aux faits plus anciens qui sont devenus de plus en plus démonstratifs à mesure qu'ils ont vieilli, donneront, j'espère, plus de valeur à vos yeux, aux conclusions auxquelles je suis arrivé aujourd'hui.

Depuis 1878, un changement complet s'est opéré dans ma manière d'envisager et de traiter les ostéo-arthrites suppurées du cou-de-pied. J'avais fait déjà, sans doute, des ablations de l'astragale dans le cas de tuberculose propre de cet os et dans les suppurations de même nature de l'articulation tibio-tarsienne; mais, à part deux cas que je citais en 1874 dans mon mémoire communiqué au Congrès de Lille, j'avais toujours enlevé l'astragale secondairement après avoir réséqué les extrémités inférieures du tibia et du péroné, comme l'avaient fait les rares chirurgiens qui avaient pratiqué la résection tibio-tarsienne. Aujourd'hui, mon point de vue est complètement changé : *je commence par où je finissais* au début de ma carrière et par où avaient fini tous les chirurgiens qui m'avaient précédé. Je vais droit sur l'astragale, je l'enlève tout d'abord, et si cela est nécessaire, j'abrase, j'évide, j'excise et je réséque au besoin les malléoles et le plateau tibial.

Ce que je cherche en commençant par le déblaiement de la loge astragalienne, c'est-à-dire par l'astragalectomie, c'est d'abord à enlever un os qui est toujours plus ou moins malade et qui a été souvent le point de départ de l'affection; c'est ensuite à me créer une grande ouverture pour explorer les os voisins et une large voie pour leur faire subir toutes les opérations qu'ils réclament : abrasion, excision, évidement, cautérisation, etc. L'étude anatomo-pathologique des tuberculoses tarsiennes vient nous démontrer la nécessité de cette manière d'opérer si l'on veut se rendre compte des chances qu'on a de réussir. Après les détails que MM. Mondan et Audry viennent de vous donner sur le siège des lésions dans les diverses pièces osseuses que j'ai enlevées par la résection tibio-tarsienne ou l'amputation de la jambe, je n'ai pas à m'arrêter longtemps sur ce point, malgré son importance. Je rappellerai seulement que les lésions de l'articulation tibio-tarsienne peuvent avoir une origine multiple, qu'elles débutent tantôt par l'astragale, tantôt par la mortaise tibio-tarsienne, tantôt par le calcanéum. Les lésions primitivement osseuses sont les plus fréquentes; on trouve cependant un certain nombre de lésions primitivement synoviales, et la proportion de ces dernières paraîtra d'autant plus considérable qu'on opérera de meilleure heure.

Dans notre première série nous n'avions admis l'origine synoviale que dans un tiers des cas où il avait été possible de déterminer le siège primitif de la lésion (14 contre 41). Dans les 19 astragalectomies que j'ai pratiquées depuis deux ans, l'origine synoviale m'a paru aussi fréquente que l'origine osseuse (8 contre 8). Dans les trois cas restants, il était absolument impossible de dire par où la tuberculose avait commencé. Il faut, du reste, être toujours très réservé à cet égard et ne pas oublier qu'on peut se trouver en présence de lésions contemporaines qu'il est difficile de classer. Les lésions synoviales ne tardent pas du reste à envahir le tissu osseux; des fongosités sous-chondriques ou sous-périostiques sur les limites de la synoviale indiquent les progrès de la maladie.

Mais quelle qu'ait été l'origine de la lésion, dès que les articulations astragaliennes sont envahies par le pus et les fongosités, que les surfaces articulaires sont érodées ou présentent des cartilages soulevés par des masses fongueuses : il faut enlever l'astragale et par l'ablation préalable de cet os se donner du jour pour explorer les parties qui l'entourent. Cette nouvelle méthode, que j'ai déjà mise en pratique 86 fois pour des lésions tuberculeuses, me paraît de plus en plus répondre au but que j'ai poursuivi depuis 1878, lorsque je l'ai exécutée pour la première fois. Je me

suis attaché à en améliorer de plus en plus la technique, de manière à rendre facile une opération que les données de l'anatomie normale faisaient considérer comme extrêmement laborieuse et qui, encore à l'heure qu'il est, ne paraît exécutable, aux yeux de quelques chirurgiens, qu'à la condition de sectionner les tendons qui brident l'articulation.

Je me suis toujours élevé contre cette section des tendons, parce qu'elle est tout à fait inutile et qu'elle peut être dangereuse. Quelque bons que soient les résultats de la suture tendineuse sur des organes sains, ils n'en laissent pas moins persister une certaine roideur dans le jeu des tendons, pendant un certain temps, au moins. La suture peut échouer d'ailleurs, pour un motif ou pour un autre, et alors la forme et les mouvements des articulations sont plus ou moins compromis. Mais là n'est pas le seul reproche que je fais à cette section des tendons dans les cas d'arthrite tuberculeuse ancienne et avancée. Les muscles sont alors atrophiés, et la section de leurs tendons augmente leur atrophie par l'inactivité plus ou moins prolongée à laquelle elle les condamne. Si le résultat de l'astragalectomie devait être une ankylose tibio-tarsienne, la section de certains de ces tendons, de ceux qui ne sont pas destinés aux orteils, n'aurait aucune importance; mais, comme nous le verrons bientôt, la résection tibio-tarsienne, telle que je la pratique, par l'ablation préalable de l'astragale, laisse un pied mobile sur les os de la jambe, et les mouvements peuvent s'y rétablir comme à l'état normal.

Une question comme celle qui nous occupe ne se juge pas par deux ou trois observations. C'est par un ensemble de faits depuis longtemps observés et constamment suivis qu'on peut seulement se rendre compte de la valeur d'une méthode opératoire qui, si elle est confirmée par les faits et consacrée par l'expérience, doit opérer un changement considérable dans la chirurgie du membre inférieur. Je ferai donc encore aujourd'hui devant vous ce que je proclame depuis de longues années comme absolument indispensable pour juger de la valeur d'une opération, j'interviendrai avec des faits nombreux et assez anciens pour que leurs résultats puissent être considérés comme définitifs.

Je rappellerai encore, pour faire bien comprendre l'esprit dans lequel je poursuis mes études sur la tuberculose osseuse, qu'une des propositions sur lesquelles j'insiste le plus volontiers dans mon enseignement, c'est la gravité inégale des tuberculoses osseuses et articulaires de même siège, et la nécessité de ne poser des indications opératoires qu'après avoir observé pendant un temps suffisant, sur les malades qui présentent des ostéo-arthrites irrégulièrement soignées, l'effet du repos, de la compression

simple, et des moyens généraux. On voit souvent alors rétrocéder des lésions qu'à l'entrée du malade à l'hôpital on avait pu croire justiciables d'une intervention prochaine, et l'on peut pratiquer des opérations économiques, là où une amputation aurait pu d'abord paraître nécessaire. Rien n'est si variable que le degré et le siège des lésions dans les ostéo-arthrites qu'on englobe sous le nom générique de tumeur blanche ou de tuberculose du cou-de-pied. Ces réserves m'ont paru indispensables pour nous entendre sur la question la plus importante à résoudre, celle des indications relatives des opérations conservatrices et de l'amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

Je n'insisterai pas ici sur la technique de l'astragalectomie; je devrais répéter ce que j'ai écrit à ce sujet et je préfère renvoyer à mon *Traité des Résections*, où sont exposés les procédés auxquels je me suis arrêté. Je rappellerai seulement que les incisions sont combinées de manière à enlever l'astragale d'une seule pièce, à le retirer tout entier de sa loge, sans couper aucun tendon. J'ajouterai que les incisions postérieures, une de chaque côté du tendon d'Achille, ont de plus en plus d'importance à mes yeux dans les tuberculoses anciennes, non seulement en tant qu'*incisions de décharge*, comme je les avais proposées au début, mais en tant qu'*incisions de résection*, car je m'en sers aujourd'hui pour opérer méthodiquement la désinsertion de tous les ligaments postérieurs (ligament postérieur proprement dit, gaine du long fléchisseur du gros orteil, faisceaux postéro-latéraux des ligaments latéraux). Je recommande d'autant plus d'en agir ainsi que, lorsque je ne me servais que des incisions antéro-latérales, j'avais beaucoup plus de peine à enlever l'astragale et que je laissais souvent dans la plaie le bord postérieur aminci de l'astragale que j'abandonnais lorsqu'il me paraissait sain. Or la présence de ce fragment postérieur a de grands inconvénients pour l'avenir de la nouvelle articulation : il l'enraidit, et peut être à la fois une cause d'ankylose et de réapparition de processus tuberculeux ou du moins de suppuration prolongée.

L'astragale enlevé, on a une large voie pour nettoyer la loge astragalienne et faire dans la mortaise et les autres os limitants (calcanéum, scaphoïde) les abrasions et les évidements nécessaires. On peut surtout conserver la mortaise tibio-péronière en évidant de dehors en dedans (de la cavité vers la surface externe des os) les deux malléoles et l'articulation tibio-péronière inférieure qui sert souvent d'asile à des produits tuberculeux qu'on doit toujours soupçonner. La *résection modelante* de la mortaise permet d'en conserver la forme essentielle, destinée à emboîter le calcanéum qui doit remonter et remplacer l'astragale. La

nécessité d'enlever les malléoles est aujourd'hui tout à fait exceptionnelle : par des abrasions latérales, par des trépanations cet os on conserve une partie de leurs saillies, et cela est d'autant plus indispensable que, au-dessus de vingt ans, le périoste de ces appendices, quoique toujours doué d'une certaine fécondité ostéogénique, ne peut pas redonner des saillies assez proéminentes, assez régulières et assez solides pour fixer le calcanéum avec toute la précision désirable.

L'articulation tibio-tarsienne est quelquefois envahie à la suite d'ostéites juxta-épiphysaires du tibia. Le tubercule, né d'abord dans le tissu spongieux sus-épiphysaire, a progressé vers l'articulation en traversant l'épiphyse, et l'articulation tibio-astragalienne se trouve remplie de pus et de fongosités. Dans ces cas-là encore, il faut respecter les malléoles; on enlève l'astragale, on se rend compte ensuite de la perforation du plateau tibial et de la présence d'un foyer purulent dans la portion tibiale juxta-épiphysaire, on trépane alors largement ce dernier par la face interne du tibia, on le vide avec le couteau-gouge ou la curette, et par un drainage soigné on favorise l'issue de tous les produits infectants qui pourraient se reformer.

L'astragale, avec les articulations qui l'entourent et les surfaces correspondantes des os voisins, constitue le principal centre pathologique de la région tarsienne, mais les autres os du tarse, et le calcanéum en particulier, sont souvent le point de départ de la tuberculose et le siège des foyers caséeux ou nécrotiques. MM. Mondan et Audry viennent de vous démontrer la fréquence des lésions primitives du calcanéum. Quand ces diverses lésions sont voisines de l'astragale, on peut les aborder par la large cavité qu'a laissée l'ablation de cet os. La loge astragalienne déblayée, on a une voie suffisante pour faire les opérations complémentaires sur les os voisins. Mais si les divers os sont atteints dans la plus grande partie de leur épaisseur ou dans leur totalité, il faut faire des tarsectomies complexes, plus ou moins étendues, rarement totales. Parmi ces tarsectomies, les unes constituent des opérations réglées telles que la tarsectomie postérieure totale enlevant l'astragale et le calcanéum, et la tarsectomie antérieure comprenant les cinq os antérieurs. Ces opérations sont excellentes en elles-mêmes, mais je n'y insisterai pas aujourd'hui, n'ayant rien d'essentiel à ajouter à ce que j'ai écrit dans le *Traité des Résections*. Elles sont d'ailleurs beaucoup plus rarement indiquées que l'astragalectomie, que j'ai pratiquée 19 fois depuis deux ans, c'est-à-dire depuis la publication de ma dernière statistique.

La mortalité opératoire de l'astragalectomie est nulle aujourd'hui avec les pansements antiseptiques; elle peut, du moins,

être considérée comme telle quand on opérera des sujets dans des conditions physiologiques qui autorisent une opération sanglante. Elle sera dans tous les cas très minime, même en faisant la part de l'aléa (tétanos, érysipèle, affections intercurrentes) que comporte toute opération sanglante. Il est sans doute des malades qui, opérés trop tard, pourront mourir avant la cicatrisation de la plaie opératoire par les progrès de l'infection tuberculeuse; j'en compte plusieurs dans ce cas. Il aurait mieux valu les amputer, mais ils s'étaient refusés à toute mutilation et m'avaient pour ainsi dire imposé l'ablation de l'astragale qu'ils avaient vu réussir chez leurs voisins. Deux malades que j'ai opérés dans ces mauvaises conditions, c'est-à-dire en quelque sorte malgré moi, vivent encore, l'un depuis neuf ans, l'autre depuis six ans, et ils ont conservé un membre qui leur rend infiniment plus de services qu'un moignon d'amputation.

Ceci me conduit à examiner la question la plus importante et la plus délicate que soulève mon sujet. Quelles sont les indications de l'astragalectomie? Chez quels sujets est-elle plus particulièrement applicable? Quels sont les résultats qu'elle fournit dans les affections tuberculeuses, au triple point de vue : vital, orthopédique et fonctionnel.

Toutes les fois qu'il y a du pus dans l'articulation tibio-tarsienne ou des foyers tuberculeux suppurés dans l'astragale, l'astragalectomie doit être pratiquée. On a certainement guéri de tout temps des tumeurs blanches suppurées de l'articulation tibio-tarsienne, par l'immobilisation, l'ouverture des foyers, et dans ces dernières années par l'arthrotomie ignée, la cautérisation profonde et la tunnellisation de l'os au fer rouge, mais ce sont là des moyens incertains, souvent dangereux, toujours longs et qui, s'ils réussissent, laissent une articulation ankylosée, un membre atrophié et plus ou moins impotent. Se contenter de cette perspective est inacceptable aujourd'hui quand on a à sa disposition une opération qui peut sans dangers amener une guérison plus rapide, plus radicale et infiniment plus certaine. Ce n'est pas seulement quand l'articulation tibio-tarsienne a été le point de départ de la lésion que je recommande l'astragalectomie, c'est dans les tuberculoses qui, ayant débuté par les articulations astragalo-calcanéennes ou scaphoïdo-astragaliennes, ont retenti plus ou moins sur l'articulation tibio-astragalienne, et même dans toutes les tuberculoses anciennes des articulations sous-astragaliennes avec altération profonde du tissu de l'astragale sans retentissement apparent dans le cou-de-pied. Pour les raisons que nous avons données en commençant et que j'ai longuement développées dans mon *Traité des Résections*, les opérations économiques sur l'as-

tragale doivent céder le pas à l'ablation totale de cet os au point de vue de la sûreté de la guérison et de l'avenir fonctionnel du membre.

J'ai toujours recommandé l'ablation de l'astragale et les différentes tarsectomies chez les enfants et les jeunes sujets jusqu'à l'âge de trente ans ; c'est alors qu'on obtient les résultats les plus durables et les meilleures aptitudes fonctionnelles du membre opéré. Il n'y a pas cependant de limite d'âge absolue ; après trente ans, une intervention hâtive dans les tuberculoses limitées peut permettre de conserver le membre dans d'excellentes conditions du fonctionnement pour le présent et l'avenir ; mais après quarante et surtout cinquante ans, dans les lésions déjà anciennes avec diffusion aux os voisins, la question change et la désarticulation du pied devient la seule opération rationnelle.

L'astragale est un os dont l'économie se passe si bien, dont l'ablation nuit si peu au bon fonctionnement du pied, que depuis quelques années je pratique son extirpation chez les jeunes enfants de deux à quatre ans auxquels je pratiquais autrefois les cautérisations pénétrantes, l'arthrotomie ignée, la tunnellisation et autres méthodes de conservation. Je m'étais préoccupé au début de l'influence de cette ablation sur l'accroissement du membre, et bien que l'expérimentation m'eût démontré, chez les jeunes animaux, que l'arrêt d'accroissement, quoique réel à la longue, n'était pas assez marqué pour amener des troubles fonctionnels, appréciables, j'ai repris la question dans ces derniers temps, et me suis demandé comparativement quel était le degré d'atrophie qu'en pouvait craindre, soit après les tuberculoses de l'articulation tibio-tarsienne guéries par les moyens non sanglants (immobilisation dans les bandages, boutons de feu, etc.), soit après l'ablation de l'astragale pratiquée dans les mêmes conditions d'âge et de lésions anatomiques. J'ai recherché les malades que j'avais traités autrefois avant que j'eusse adopté l'ablation de l'astragale, et j'en ai trouvé deux avec des raccourcissements de 3 et 4 centimètres (des condyles du tibia à la plante du pied) et allant jusqu'à 5 centimètres, quand on mesurait de l'épine iliaque, chez les sujets qui avaient été soumis à un repos prolongé (18 mois à 2 ans), chez d'autres dont le traitement avait été moins long, le raccourcissement ne dépassait pas 2 centimètres.

Le repos du membre dans des appareils immobilisants, et l'inactivité fonctionnelle qui en est la conséquence, expliquent ces raccourcissements malgré l'intégrité des cartilages d'accroissement. Or, les faits que j'ai observés après l'astragalectomie, quoique plus récents et encore insuffisants pour apprécier la taille définitive des individus, me font admettre que l'arrêt d'accroisse-

ment dû à l'ablation de l'astragale elle-même sera moindre quand on aura pratiqué l'ablation de l'os avant l'arrivée des troubles trophiques dus à la maladie primitive. Cet arrêt d'accroissement, qui doit selon les cas (c'est-à-dire selon le fonctionnement du membre et l'effet préalable de l'ostéo-arthrite elle-même sur la croissance du squelette) varier de 1 à 3 centimètres, s'ajoutant au raccourcissement dû à la suppression de l'astragale (2 ou 3 centimètres environ) ne dépassera jamais, selon toute probabilité, la diminution de longueur du membre qui est le résultat inévitable des ostéo-arthrites prolongées de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a donc tout avantage à enlever l'astragale chez les jeunes enfants, dans les cas de suppuration du cou-de-pied, et à ne pas s'acharner à une expectation systématique qui avait sa raison d'être autrefois, mais qui n'est plus admissible aujourd'hui. Ce n'est pas à dire que je conseille l'ablation de l'astragale dès qu'on constate de la tuméfaction et des fongosités dans l'articulation tibio-tarsienne. Les manifestations tuberculeuses au début guérissent parfaitement chez les jeunes enfants en laissant une articulation mobile. La compression, les boutons de feu, l'ignipuncture pénétrante au besoin, m'ont donné depuis longtemps des succès qui ne se sont pas démentis avec le temps. C'est donc seulement quand les lésions locales sont assez avancées pour ne pas pouvoir guérir avec la restitution fonctionnelle, que je conseille l'astragalectomie comme une opération rationnelle.

Au point de vue de l'accroissement du pied, nous aurions les mêmes réflexions à faire que pour l'accroissement des segments supérieurs du membre. Cette question de la croissance du membre vidée, nous avons à examiner l'astragalectomie au point de vue de la marche ultérieure de la tuberculose et au point de vue de la forme et des fonctions du pied.

Les figures que j'ai multipliées dans mon *Traité des Résections* montrent surabondamment combien la forme du pied est peu altérée par l'ablation de l'astragale, et je crois inutile de les multiplier ici. Après une astragalectomie méthodiquement faite et bien soignée consécutivement, la forme est si régulière, la marche si naturelle que, si l'on ne fait pas attention à l'abaissement des malléoles, il est impossible de dire au premier abord ce qui manque au squelette du pied; et, plus d'une fois, j'ai mis dans le plus grand embarras les chirurgiens qui me faisaient l'honneur de visiter ma clinique. On trouve cependant des différences : la voûte plantaire est exhaussée, le bord interne du pied un peu raccourci, mais l'ensemble de l'organe paraît avoir une forme normale. Je n'ai rien à ajouter, du reste, à ce que j'ai dit ailleurs.

Quant au fonctionnement du membre, il s'améliore de plus en

plus et, à cet égard, je puis aujourd'hui présenter un tableau encore plus favorable que celui que je traçais il y a trois ans. Chez plusieurs de nos opérés, la néarthrose s'est assouplie au point d'acquérir, surtout chez les jeunes sujets, une mobilité aussi étendue qu'à l'état normal sans que la solidité soit amoindrie. Un de nos opérés n'a vu l'amélioration s'arrêter que neuf ans après l'opération; il est opéré depuis onze ans, et depuis deux ans seulement il ne constate plus de changement dans son état. Il ne porte pas d'appareil et fait tous les dimanches sans fatigue des courses de 25 à 30 kilomètres.

Les résultats de toutes les astragalectomies pour tuberculose ne sont pas semblables : les conditions dans lesquelles on opère sont très variables et les destructions osseuses, par la maladie primitive ou par l'action opératoire, sont par cela même très inégales. Quelques rares malades, atteints de désordres malléolaires très graves, ont guéri par ankylose, mais il n'est aucun de nos opérés dont l'état ne soit préférable à celui d'un amputé de la jambe ou de la totalité du pied.

Quant à la valeur de l'astragalectomie au point de vue de la guérison de la tuberculose locale, c'est-à-dire des foyers tuberculeux astragaliens ou péri-astragaliens et de la marche consécutive de l'infection tuberculeuse, voici comment l'analyse de mes 86 ablations de l'astragale me permet de l'apprécier.

Quand on opère des sujets n'ayant qu'une tuberculose locale, c'est-à-dire limitée à l'astragale et aux articulations périphériques, ou même aux surfaces des autres os qui limitent ces articulations, l'astragalectomie avec abrasion, évidement et cautérisation des surfaces limitantes de la loge astragalienne, permet d'obtenir des guérisons locales, définitives, qui sont autant préservatrices de l'infection tuberculeuse que l'amputation totale du pied. Une condition est indispensable toutefois, c'est que la destruction des tissus tuberculeux, par ablation ou cautérisation, soit complète. Si l'on est pressé, qu'on veuille aller trop vite et qu'on n'apporte pas à la recherche des foyers tuberculeux cette attention minutieuse que je recommande tout particulièrement dans cette région, on peut avoir des déceptions : on s'expose à des suppurations interminables et à des récidives. C'est de cette manière que j'explique certains insuccès qui m'ont été signalés sur quelques chirurgiens après l'ablation de l'astragale tuberculeux. La récidive est à craindre, en effet, après les ablations incomplètes, surtout si l'on sacrifie au préjugé déplorable de rechercher la réunion immédiate après des opérations de ce genre. Excellente et toujours à rechercher pour les astragalectomies orthopédiques ou traumatiques, la réunion par première intention doit être repoussée après

les astragalectomies pour lésions tuberculeuses suppurées. Dans un instant mon chef de clinique, M. Loison, développera devant vous l'utilité du drainage prolongé et de l'absence de réunion dans les astragalectomies pratiquées pour tuberculoses suppurées anciennes et diffuses, c'est-à-dire pour les cas qui paraissent ne pouvoir guérir que par l'amputation.

Je me suis élevé en toute occasion contre l'abus de la réunion immédiate dans cette catégorie de lésions, et j'y reviens encore parce que ce mirage de la réunion *per primam* hante toujours l'esprit de beaucoup de chirurgiens qui se croiraient déshonorés s'ils voyaient une goutte de pus dans leurs pansements. Cette recherche systématique de la réunion par première intention est une des erreurs les plus répandues aujourd'hui, et l'on ne saurait trop s'élever contre elle. Elle dérive d'une pensée louable sans doute en elle-même, mais elle résulte d'une méconnaissance complète des conditions physiologiques des tissus depuis longtemps infectés et transformés par une inflammation chronique. Je suis aussi exigeant que les chirurgiens auxquels je fais allusion lorsqu'il s'agit de tissus non infectés et lorsqu'il y a un intérêt majeur à fermer rapidement et définitivement une plaie. Mais il n'en est pas de même dans les opérations pour tuberculose osseuse diffuse; malgré le soin que l'on peut prendre d'enlever tous les tissus suspects, on est exposé à en laisser et il faut alors leur ménager des voies pour une détersion progressive et complète. Voilà pourquoi il faut de grandes et nombreuses incisions pour pénétrer dans tous les diverticulums, ouvrir les gaines tendineuses infectées, thermocautériser tous les tissus suspects et bourrer ensuite la plaie de gaze iodoformée sans chercher à la réunir. La présence de corps étrangers aseptiques change la vitalité des tissus infiltrés au voisinage des foyers tuberculeux, amène leur détersion et favorise leur transformation en tissu fibreux stable et rebelle à de nouvelles poussées tuberculeuses. Agir ainsi, c'est, du reste, une économie de temps; on guérit tout aussi vite, parce qu'on n'a pas à lutter contre les fongosités récidivantes qui forcent à rouvrir les parties qu'on a trop tôt réunies. C'est par cette méthode que j'ai pu conserver de nombreux pieds que j'aurais sans hésiter amputés il y a quinze ans.

Ce succès de la conservation ne s'obtient qu'avec beaucoup de peine et de patience; aussi ne faut-il pas le tenter chez les sujets âgés et chez ceux qui, n'importe à quelle époque de la vie, ont des poumons en mauvais état ou d'autres organes internes suspects. Les quelques résultats heureux que j'ai obtenus chez des opérés que j'ai réséqués en quelque sorte malgré moi ne me font pas changer d'opinion. Je crois qu'il eût été plus sage de faire

autrement : le succès ne justifie pas tout; il justifie sans doute l'insistance du malade dans un cas donné, mais il ne suffit pas pour faire oublier au chirurgien les règles de thérapeutique générale qui doivent toujours le guider.

L'amputation du pied a sur l'ablation de l'astragale l'avantage d'être une opération simple, facile, à la portée des opérateurs les plus novices, et surtout d'être simple dans ses suites et d'être suivie d'une cicatrisation rapide. En quinze jours un malade peut se lever, marcher avec des béquilles et aller respirer l'air extérieur, tandis qu'après l'ablation de l'astragale, *faite dans les conditions que nous envisageons*, il est obligé de garder le repos horizontal pendant trois mois et plus; or c'est là une circonstance particulièrement grave dans certains hôpitaux, et surtout dans des salles encombrées de tuberculeux suppurants. Toutes les fois donc qu'un malade aura des lésions viscérales, quelque peu avancées qu'elles soient, l'amputation sera préférable en principe; elle sera plus préservatrice que l'astragalectomie ou la tarsectomie complexe au point de vue de la généralisation de la tuberculose. On devra de préférence choisir l'amputation dans les cas douteux, et d'une manière générale toutes les fois que l'état général du malade exigera une solution prompte et une guérison rapide et certaine de la plaie opératoire.

Je me dissimule si peu les inconvénients des opérations conservatrices chez les tuberculeux présentant déjà des localisations multiples ou en étant seulement menacés que, si j'étais obligé de choisir systématiquement entre l'amputation du pied et la tarsectomie pour une série de tuberculeux, je préférerais les amputer que de leur enlever l'astragale. L'amputation systématique donnerait au point de vue vital de meilleurs résultats que l'astragalectomie.

Mais ce n'est pas ainsi que se pose un problème chirurgical; les termes n'ont rien de scientifique et la solution en serait fausse et dangereuse. Ce que nous devons chercher avant tout, c'est de poser des indications précises et de les remplir par une intervention rationnelle : or, par ce que j'ai dit plus haut, on voit déjà quels sont les cas où l'on doit conserver, quelles sont les circonstances où une certaine hésitation est permise et quelles sont les lésions qui réclament impérieusement l'amputation.

Je n'ai jusqu'ici parlé que de l'amputation du pied d'une manière générale, mais il est de la plus grande importance d'être précis sous ce rapport, car il est possible de rester relativement conservateur en amputant. Il est des cas sans doute où l'on sera obligé de recourir à l'amputation sus-malléolaire de la jambe; mais ces cas sont rares et le deviendront de plus en plus quand on

sera convaincu des précieuses ressources que nous offre le lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen, malgré les fistules qui peuvent cribler le pourtour du cou-de-pied.

J'ai déjà pratiqué environ soixante de ces désarticulations totales du pied avec lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen. Cette opération, que j'ai substituée aux opérations classiques, n'est qu'un cas particulier de ma méthode générale des désarticulations sous-périostées. Elle me fournit des résultats bien meilleurs au point de vue de la forme et de la fonction que les opérations de Syme, de Jules Roux et autres analogues; chez les jeunes sujets, elle donne, grâce à la reproduction d'une masse osseuse à la place du calcanéum, des talons solides, osseux, comparables à ceux que donne l'opération de Pirogoff. Le raccourcissement est moindre qu'après les désarticulations par la méthode ordinaire, le talon toujours plus saillant (en bas, bien entendu), mieux matelassé, forme un point d'appui solide et tout à fait indolent. A l'aide d'un soulier rond, c'est-à-dire de l'appareil de prothèse le plus élémentaire, les opérés peuvent vaquer aux occupations les plus pénibles, marcher et se tenir debout comme s'ils avaient un membre normal.

J'attache une telle importance au lambeau talonnier, que je le conserve même dans les cas où l'altération des os de la jambe me force à en sacrifier une hauteur de 7 à 8 centimètres. Il y a toujours un grand avantage à faire marcher le malade sur la peau du talon, et pour arriver à ce résultat il ne faut pas se laisser arrêter par l'aspect disgracieux du moignon au moment où l'amputation vient d'être pratiquée. Les tissus se rétractent peu à peu, s'égalisent et, au bout de quelques semaines, le bourrelet épais et inégal qui surmonte la saillie talonnière a complètement disparu.

Je suis devenu dans ces dernières années de plus en plus conservateur dans ce sens, et j'utilise les talons bordés ou perforés de fistules tuberculeuses que je sacrifiais autrefois pour faire l'amputation sus-malléollaire classique. Je poursuis les fongosités dans tous ces trajets fistuleux, je les abrase avec soin et je les cautérise ensuite. J'ouvre et je vois les gaines tendineuses envahies, et après avoir poursuivi les produits tuberculeux dans leurs recoins les plus cachés, pourvu que l'artère tibiale postérieure soit intacte et qu'il reste assez de peau en arrière pour nourrir et soutenir les tissus plantaires, je conserve le lambeau talonnier que je remonte contre la surface de section des os de la jambe.

Le lambeau talonnier doublé de périoste présente toujours une grande vitalité, grâce à la conservation intégrale de l'artère tibiale postérieure et de ses divisions plantaires. Autrefois, avec le procédé de Syme, la mortification du lambeau était à redouter parce qu'on

blessait souvent avec la pointe du bistouri l'artère tibiale, mais aujourd'hui, depuis que j'ai substitué la rugine (détache-tendon) au bistouri, cet accident n'arrive plus. On manœuvre dans la gaine périostique et l'artère ne peut être lésée.

Le traitement que je viens d'indiquer pour les lambeaux tuberculeux traversés par des fistules, soit au niveau du cou-de-pied sur les côtés du tendon d'Achille sont sous le talon lui-même, doit être poursuivi avec la même minutie et d'après les mêmes idées théoriques que j'ai exposées plus haut pour le nettoiement de la loge astragalienne. C'est à ce prix seulement qu'on sauvera ce qui est sain et qu'on obtiendra des guérisons durables. Une fois les os et les articulations tuberculeux enlevés, les parties molles, atteintes consécutivement et moins profondément envahies, reviennent plus facilement à l'état sain.

La même pensée conservatrice qui nous fait recommander l'astragalectomie dans les tuberculoses du cou-de-pied à limites bien définies ou du moins accessibles, nous conduit encore quand nous sommes obligés d'amputer. Elle nous fait diminuer les inconvénients des mutilations inévitables et les rend relativement conservatrices. L'amputation de la jambe au tiers inférieur ou au lieu d'élection reprend ses droits, cependant, quand on se trouve en face de ces tuberculeux profondément atteints qu'il faut guérir vite et auxquels il ne faut pas faire courir la moindre chance d'un échec opératoire qui pourrait nécessiter une nouvelle intervention.

De l'ablation de l'astragale dans les tuberculoses graves et anciennes de cet os et des articulations qui l'entourent, et des conditions propres à assurer le succès de cette opération,

Par le Dr Loison, Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Pendant notre séjour dans le service de M. le professeur Ollier comme interne, comme moniteur de clinique, puis comme chef de clinique, nous avons eu l'occasion de voir un très grand nombre de malades atteints de tuberculoses du pied de formes les plus diverses et traitées de la façon la plus éclectique : M. Ollier en effet admet toutes les méthodes, pourvu qu'elles soient justifiées par des indications suffisantes; c'est ainsi que nous avons pu comparer le repos simple, l'immobilisation, la compression, la révulsion plus ou moins profonde par le fer rouge, les injections sclérogènes et les diverses opérations sanglantes que l'on peut pratiquer sur un os ou une articulation atteints de tuberculose. Or si

ces diverses méthodes peuvent guérir des tuberculoses du pied au début, tous les chirurgiens admettent qu'elles sont absolument insuffisantes dans les formes graves ou arrivées à une période avancée de leur évolution, au moment par exemple où existent des fistules, des abcès, des lésions de plusieurs interlignes ou des tuberculoses viscérales. Dans ces cas, il n'y a que deux méthodes en présence : l'une radicale, l'amputation, l'autre conservatrice, la résection. L'amputation est une méthode de nécessité à laquelle on sera toujours forcé d'avoir recours dans certains cas : dans les tuberculoses pulmonaires confirmées, chez les malades âgés, dans les cas où le plus grand nombre des os du pied est atteint par l'affection, chez ceux qui veulent être débarrassés de leur mal en quinze jours ou trois semaines et refusent de consacrer quelques mois au traitement consécutif à la résection.

Mais les cas dans lesquels l'amputation s'impose sont assez rares; du reste le chirurgien aura toujours le temps d'y revenir secondairement si l'opération conservatrice échoue.

Dans la majorité des cas de tuberculose du cou-de-pied chez les jeunes sujets, il faut avoir recours à l'ablation de l'astragale; — je ne parle ici, je le répète, que des cas graves, anciens, s'accompagnant ou de fistules ou de lésions osseuses et articulaires profondes, etc., les autres guérissent par toutes les méthodes possibles, pourvu que le repos soit un des facteurs de ces méthodes.

Il faudra enlever l'astragale, que cet os soit le point de départ de l'affection, qu'il soit envahi secondairement ou même qu'il soit simplement adjacent aux lésions tuberculeuses. Ces distinctions prouvent que nous ne cherchons pas dans l'astragalectomie seulement l'excision d'un os tuberculeux, mais plutôt la formation dans le cou-de-pied d'une large cavité permettant de drainer, de modifier les tissus malades, comme le premier temps en un mot du traitement des tuberculoses tibio-tarsiennes.

Nous ne voulons pas insister davantage sur les indications de l'ablation de l'astragale, nous n'aurions qu'à répéter tout ce qu'a écrit et enseigné notre maître à ce sujet. Nous aimons mieux insister sur les résultats fournis par cette opération, et sur les moyens qui ont permis d'obtenir des succès, et les résultats que nous apportons ici ont tous la consécration indispensable du temps; nous nous défions avant toute chose des résultats hâtifs.

Nos malades n'ont jamais été perdus de vue; il en est parmi eux qui, depuis plus de vingt ans, reviennent périodiquement montrer leur état et demander de nouveaux conseils s'il y a lieu. — Jamais nous ne laissons sortir un malade de la clinique sans lui faire comprendre quel avantage il y a pour lui à ce qu'il ne supporte pas le moindre accident dans son état sans revenir

aussitôt nous le soumettre. Grâce à ce système rigoureusement suivi, il est facile de se convaincre que l'importance des résultats immédiats est bien peu de chose, comparée à celle des résultats éloignés. Peu nous importe que toutes les plaies opératoires soient cicatrisées au bout de trois semaines, si quatre ou cinq mois après les fongosités se sont reproduites profondément ou si le membre reste incapable de porter le malade.

M. Ollier a fait jusqu'ici plus de 80 fois l'ablation de l'astragale dans des cas de tuberculose grave du cou-de-pied. Les 22 dernières opérations n'ont pas donné un seul décès, et les premières remontent à 1871. Les détails de cette statistique personnelle, la plus étendue que je connaisse, ont été exposés dans la communication que vient de nous faire mon maître et dans son *Traité des Résections* : je n'ai pas à y revenir; je n'ajouterai qu'une réflexion.

Les malades qui dans cette statistique sont considérés comme guéris sont des malades qui peuvent faire 20 ou 25 kilomètres par jour sur leurs pieds et cela plusieurs années après l'opération; un de ces opérés a fait jusqu'à 50 kilomètres dans sa journée. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont conservés et lorsqu'on revoit ces opérés au bout de plusieurs années, il serait absolument impossible à un chirurgien de dire quelle opération a subie ce malade si les cicatrices de quatre incisions péri-malléolaires classiques ne lui indiquaient qu'il s'agit d'une ablation de l'astragale.

Rappelons encore que dans la plupart des cas il s'agissait de malades ayant des tuberculoses du pied anciennes avec abcès et fistules, quelquefois avec commencement de tuberculose pulmonaire secondaire, traitées déjà inutilement pendant de longs mois par l'immobilisation et les révulsifs.

Ces succès sont dus d'abord à la façon minutieuse avec laquelle l'opération est pratiquée, et ensuite aux soins consécutifs prolongés qui sont donnés au malade.

Une certaine école d'opérateurs, surtout en Allemagne, considère la tuberculose comme du cancer au point de vue opératoire. Pour ces chirurgiens l'idéal serait d'enlever une tumeur blanche comme un néoplasme sans ouvrir la jointure et en dépassant le plus possible les limites du mal, faire la suture et obtenir des réunions *per primam*. — Ces brillants résultats nous laissent quelque peu sceptique; nous voudrions bien savoir comment ils enlèveraient en dépassant largement les limites du mal une tumeur blanche du cou-de-pied, avec des fongosités dans les gaines et une infiltration un peu étendue. A part la peau, je ne vois pas au juste ce qui resterait au malade : cette méthode n'est applicable que tout à

fait au début et pour certaines articulations, lorsque les lésions sont encore cantonnées juste au niveau de l'interligne articulaire, lorsqu'en un seul mot l'affection peut guérir par n'importe quel autre traitement.

La pratique de M. Ollier est toute différente. Sa longue expérience lui a démontré que tel tissu manifestement infiltré peut non seulement guérir, mais encore se transformer en tissu fibreux ou même osseux et concourir d'une façon très efficace à la réparation de la région : aussi en conserve-t-il le plus possible.

Dès que l'astragale a été enlevé, on nettoie par un grand lavage au sublimé la loge qu'il occupait, puis commence la partie réellement difficile de l'opération : l'examen de la cavité, la dissection des fongosités et la distinction entre ces fongosités, qu'il faut enlever, et le tissu conjonctif infiltré, qu'il faut au contraire conserver. Les ciseaux courbes, la curette, le couteau ostéotome, le couteau-gouge seront successivement employés pour mettre au net toutes les parois de la cavité, pour poursuivre dans les épiphyses tibiale et péronière ou sur les os du pied les foyers tuberculeux qui pourraient s'y trouver. Les fongosités tuberculeuses seront distinguées du tissu conjonctif par leur couleur plus brune et plus sombre, par leur consistance plus friable. Puis, pour terminer, avant d'enlever la bande d'Esmarch, il faut modifier tous les tissus par le thermocautère ; non seulement on touchera tous les points suspects avec le fer rouge, mais encore il sera bon, indispensable de tenir pendant quelques instants le cautère au centre de la cavité à distance des parois afin de les chauffer par rayonnement. Ces cautérisations ont le double avantage de détruire les bacilles et d'amener d'énergiques processus cicatriciels.

Mais cette méthode relativement très conservatrice, appliquée à des cas graves de tuberculose du tarse avec fistules et abcès, entraîne une conséquence immédiate, c'est la nécessité absolue de ne pas réunir ; non seulement il ne faut pas chercher une réunion immédiate illusoire, mais il faut placer des drains volumineux croisés en X au centre de la cavité opératoire et bourrer la plaie de gaze iodoformée. A peine pourra-t-on mettre un ou deux points de suture sur les extrémités des incisions si l'on a été obligé de les prolonger plus loin que d'habitude.

C'est dans une réunion trop complète des plaies opératoires qu'il faut chercher la cause de la plupart des récidives des tumeurs blanches : en effet, ou il se forme de nouveaux foyers profonds si l'on a laissé des germes, ou, si on les a tous enlevés, il ne reste pas les éléments nécessaires pour reconstituer une jointure.

Au contraire, en laissant la cavité largement béante, en la bourrant de gaze iodoformée, à chaque pansement on voit bientôt ses

parois prendre un aspect rosé, de bonne nature et peu à peu les bourgeons combler la perte de substance, mais il faut que les plaies restent ouvertes pendant longtemps; les drains doivent être maintenus en place au moins 3 ou 4 mois et quelquefois pendant 7 ou 8 mois; il ne faut pas se presser de les sortir. C'est seulement lorsque la tuméfaction aura disparu et qu'il n'existera plus aucune douleur qu'on pourra les enlever, il faut en un mot que la région se mette au net auparavant. Pendant ce temps, les parois de la poche seront examinées à chaque pansement. Si leur surface redevient blafarde, grisâtre, fongueuse, on les modifiera par le nitrate d'argent, la teinture d'iode, la créosote, la liqueur de Villate, le baume du Pérou, les crayons iodoformés, etc. La gaze iodoformée constitue également un topique excellent pour mettre dans les plaies, et son emploi a constitué un progrès des plus sérieux dans le traitement des tuberculoses locales. Enfin le contact de l'air serait peut-être lui-même, d'après quelques recherches de M. Pollosson, un agent modificateur remarquable des plaies tuberculeuses. Dans ces conditions on comprend que l'aphorisme suivant puisse être vrai malgré son apparence paradoxale : les résultats éloignés des interventions sur le pied sont d'autant plus favorables que les malades ont suppuré plus longtemps. Loin de nous l'absurde pensée de soutenir que pour avoir des succès avec de tels malades, il faut les infecter, leur donner une septicémie même ou une pyohémie quelconque, nous voulons dire simplement que les plaies doivent rester béantes pendant très longtemps.

Ces plaies béantes sont toujours le siège d'une certaine sécrétion : tantôt on a affaire à du pus vrai, bien lié, analogue à celui d'un abcès chaud, mais en petite quantité, tantôt le pus est plus épais, prend un aspect chocolat, suivant la proportion de cadavres de globules rouges qu'il contient. Ces pus ne sont pas infectieux à proprement parler, ils peuvent être considérés comme un mélange de globules rouges et de leucocytes morts sortis des vaisseaux et s'accumulant à la surface des bourgeons charnus; ils sont sécrétés sans fièvre, la plupart de nos malades ont été au-dessous de 38° pendant toute la durée des soins consécutifs à l'opération, bien que dans certains cas le liquide sécrété puisse être en assez grande abondance. Quelquefois les malades prennent des températures plus élevées; il faut alors enlever le pansement, visiter soigneusement la plaie et la région voisine. Le plus souvent on découvrira un peu de rétention dans un cul-de-sac ou un clapier non drainé, ou bien une collection qui se forme à distance de la plaie opératoire.

Le rétablissement d'un drainage plus parfait, l'ouverture du foyer nouveau feront le plus souvent cesser tous les accidents.

Mais il ne faut pas désespérer parce que la température du malade s'élève un peu pendant les jours qui suivent l'opération; ce n'est pas parce que le malade aura eu 2 ou 3 jours 38°,5 ou même 39° qu'il faut considérer le résultat comme compromis; il faut le surveiller avec plus de soin que les autres, et voilà tout. On voit du reste souvent ces températures légèrement élevées disparaître seules, sans même qu'on ait été obligé de panser le malade. Nous avons entrepris quelques expériences avec le pus recueilli sur les plaies de nos malades apyrétiques, nous avons injecté quatre gouttes de ce liquide diluées dans du bouillon dans les veines de l'oreille de jeunes lapins pesant en moyenne un kilogramme; un seul est mort au bout de 6 jours, et encore, à l'autopsie, nous n'avons trouvé que de grosses lésions du poumon sans bacilles de Koch, qui nous ont paru être des lésions mécaniques banales produites par notre liquide qui n'avait pas suffisamment été mélangé au bouillon et qui avait constitué des embolies et des infarctus. Les préparations que nous avons faites de ce pus ne nous ont jamais permis d'y reconnaître la présence du bacille de Koch.

Il en est de même de celui que nous avons recueilli dans les plaies opératoires de nos malades.

A partir du moment où il est opéré, le malade devra avoir son pied maintenu par un appareil plâtré qui empêchera la déformation et notamment l'équinisme, — et la chute des orteils. Pour ne pas être obligé de refaire cette attelle plâtrée à chaque pansement, il convient, au moment où on l'applique sur le membre qui vient d'être opéré, de la séparer du pansement par une feuille de papier qui l'empêche de se coller au tissu de ce pansement et qui permettra de la détacher avec la plus grande facilité au moment des pansements ultérieurs. Enfin, lorsque les tissus seront mis au net complètement, que toute tuméfaction et toute douleur auront disparu, on pourra supprimer les drains que l'on avait progressivement diminués de volume; il faudra encore introduire à leur place des crayons iodoformés, et ne permettre la marche au malade que muni d'un tuteur orthopédique. C'est seulement après 15 ou 18 mois, quelquefois 2 ans, que l'on pourra supprimer toute entrave, et lui rendre sa complète liberté.

Cette méthode lente est la seule qui donne des résultats sérieux dans les cas graves que nous envisageons ici, il faut l'accepter avec tous ses détails ou la rejeter nettement et faire l'amputation. Mais si le chirurgien et le malade ont la patience de s'y soumettre, ils en seront largement récompensés par les résultats; ils verront des malades faire, comme ceux que M. Ollier a cités dans son *Traité des Résections*, de 10 jusqu'à

50 kilomètres, après avoir présenté des lésions telles que d'autres chirurgiens leur proposaient l'amputation.

Des ulcérations lupoïdes de la peau du pied liées à des ostéopathies tuberculeuses sous-jacentes,

Par le Dr Adenot (de Lyon).

Nous avons entendu souvent notre maître, M. le Prof. Ollier, insister, dans ses cliniques, sur l'origine osseuse souvent méconnue de certains ulcères cutanés tuberculeux du pied.

On voit parfois sur la peau du pied des ulcérations d'une étendue variable et que l'on n'hésite pas à classer parmi les lésions tuberculeuses de la peau. Ces ulcérations, bien distinctes des formes habituelles de la tuberculose de la peau et de celles qui accompagnent les gommes tuberculeuses sous-cutanées, présentent une surface bourgeonnante, papillomateuse, molle, plus ou moins élastique mais saignant facilement. Elles appartiennent à la classe des lupus par leur évolution et leurs caractères histologiques et bactériologiques et plus particulièrement au lupus végétant, frambœsiforme, de certains dermatologistes. On trouve du reste tous les intermédiaires entre les formes d'aspect myxomateux et celles dites demi-scléreuses. M. Ollier les englobe volontiers sous le nom générique d'*ulcérations lupoïdes*.

Au point de vue qui nous occupe, il faut distinguer deux groupes de lésions tuberculeuses de la peau. Le *premier*, que nous laisserons de côté, comprend des ulcérations tuberculeuses cutanées, en quelque sorte primitives, dans tous les cas d'aspects variés; véritables ulcérations autochtones résultant d'une infection de la région, sans point de départ osseux. Le *deuxième* groupe, que nous envisageons seul, comprend les ulcérations tuberculeuses, cutanées en apparence, et secondaires à une ostéite tuberculeuse qui peut passer inaperçue. Ce deuxième groupe comprend également deux formes :

1° Des ulcérations lupoïdes *indolentes*, dues à un abcès de l'os ayant paru guérir, mais présentant un trajet de continuité avec l'efflorescence cutanée. Celles-ci, à la suite de l'irritation causée par la marche, les frottements, etc., s'accroît, tandis que la lésion osseuse qui lui a donné naissance sommeille. En pareil cas la lésion cutanée pourra s'améliorer par un traitement local approprié. Mais si la lésion osseuse a été méconnue, des récidives du côté de la peau apparaîtront facilement.

2° Des ulcérations lupoïdes, liées à une lésion osseuse anté-

rieure, mais guérie spontanément tandis que la lésion cutanée persiste. La communication se trouve interrompue, mais l'origine osseuse n'en a pas moins existé. Malgré la guérison de l'os, les fongosités peuvent pulluler dans les parties molles et le lupus bourgeonne à la surface de la peau qui, décollée, comprimée, mal nourrie, se laisse envahir facilement. Ces ulcérations superficielles d'origine osseuse affectent dans tous les cas une prédilection marquée pour certaines régions de l'organe. La peau de la face dorsale et des bords interne et externe se trouve plus particulièrement atteinte.

Cette topographie des lésions est expliquée par l'origine osseuse méconnue souvent. L'ulcère plus ou moins étendu et irrégulier peut atteindre des dimensions telles que toute la peau de la face dorsale du pied se trouve envahie. L'exubérance des bourgeons lupeux qui recouvrent toute la surface de l'ulcère masque complètement la lésion osseuse sous-jacente. Celle-ci veut être recherchée et l'on trouve alors un orifice fistuleux qui conduit sur le foyer osseux. Cette origine osseuse est fréquente pour M. Ollier, qui en présence d'une ulcération de ce genre, commence toujours à rechercher au moyen d'un stylet l'orifice fistuleux oblitéré par les bourgeons.

Cet orifice peut être difficile à trouver, un foyer osseux très minime pouvant être le point de départ de l'ulcère devenu exubérant sous des influences extérieures irritantes (frottements, topiques excitants).

En tenant compte de la situation de l'ulcère, de son étendue, du sens de son extension, les os qui doivent être soupçonnés d'abord sont naturellement les plus superficiels : les deux malléoles, l'externe principalement, l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, le scaphoïde, le premier cunéiforme et le premier métatarsien; le calcanéum. L'origine osseuse de ces lupus peut être, avons-nous dit, méconnue complètement, et causer des récidives d'une ténacité désespérante.

Dans son *Traité des Résections*, M. Ollier rapporte avoir vu sur le bord interne du pied, un ulcère tuberculeux superficiel qu'on avait raclé, cureté, cautérisé plusieurs fois et qui se reproduisait toujours avec le même caractère. Une petite dépression, située vers le milieu de l'ulcère, sous le tendon extenseur voisin, était restée inaperçue. Avec un stylet il pénétra dans un petit foyer tuberculeux du premier métatarsien. Dans un autre cas plus récent, il s'agissait d'un ulcère tuberculeux à répétition de la région péronière. La lésion complètement indolore avait été traitée à plusieurs reprises sans aucun succès. Un stylet conduisit sur la malléole externe. Le malade fut guéri radicalement par

l'évidement du point osseux. Nous pourrions citer plusieurs faits analogues. Le scaphoïde et la tête du premier métatarsien sont tout particulièrement notés dans les observations de ces ulcères. Leur situation superficielle, l'absence de muscles ou tendons sur le bord interne de l'os, suffisent à expliquer l'envahissement rapide par les fongosités de la peau qui les recouvre.

Tous les os du tarse peuvent être, quoique moins fréquemment, l'origine de ces lésions lupoïdes de la peau. Le trajet fistuleux qui forme le trait d'union entre les foyers superficiels et profonds peut avoir une étendue de deux à trois centimètres, difficile à explorer.

Le type clinique de ces ulcères lupoïdes n'est pas spécial au pied. On les a signalés souvent à la main et plus rarement sur quelques autres régions des membres, mais sans donner à l'origine osseuse la place qu'elle doit occuper. Dans son *Traité de la scrofulo-tuberculose cutanée*, M. Leloir regarde l'envahissement des parties molles et du squelette comme secondaire le plus souvent à la lésion cutanée, l'inoculation et la propagation se faisant pour ainsi dire des parties superficielles aux plans profonds.

La propagation des lésions s'effectue au contraire le plus habituellement d'une façon inverse. Mais le foyer osseux, souvent très minime, veut être recherché avec soin, car aucune tuméfaction osseuse, aucune douleur n'attire ordinairement l'attention.

Le traitement de ces lupus fongoïdes consiste tout naturellement dans l'ablation de l'os malade ou tout au moins dans son évidement profond, et dans la cautérisation énergique du foyer osseux.

En résumé, certains ulcères lupoïdes, cutanés en apparence, des extrémités des membres et du pied en particulier, ont des rapports de continuité parfois interrompue avec des foyers osseux. Ceux-ci masqués, latents et souvent méconnus, sont la cause de récidives tenaces et fréquentes.

Tarsectomies postérieures,

Par le Professeur JAQUES-L. REVERDIN (de Genève).

Le traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied ayant été mis à l'ordre du jour de cette session, vous m'excuserez de venir encore une fois vous entretenir d'un sujet que j'ai eu l'honneur d'aborder déjà à deux reprises devant vous, je veux parler de la tarsectomie postérieure. En avril 1885, je vous ai

communiqué mon procédé d'extirpation de l'astragale et de résection tibio-tarsienne; l'année dernière, je vous ai donné les résultats que j'en avais obtenus. Depuis lors, j'ai continué à suivre la plupart de mes opérés, deux nouvelles opérations ont été pratiquées et je ne vois rien à changer aux conclusions favorables à ce procédé que j'avais énoncées devant vous. Ce qui m'engage à revenir encore sur ce sujet, c'est que je suis de plus en plus persuadé que la méthode opératoire que je vous ai communiquée, d'une exécution facile, permet mieux que d'autres la reconnaissance et la poursuite des lésions et assure mieux une intervention vraiment radicale, qu'elle rend également aisées les tarsectomies postérieures partielle, totale ou complexe, que d'autre part les objections qu'on lui a faites tombent devant les faits; c'est ce que je désire vous démontrer.

Je ne m'occuperai donc que des ostéoarthrites du tarse postérieur auxquelles la méthode s'adresse, mais je ferai remarquer cependant qu'elle permet parfaitement de poursuivre des lésions qui en ont franchi les limites et qui ont par exemple envahi le cuboïde ou le scaphoïde comme j'en ai eu quelques exemples, et celles qui se sont développées soit primitivement, soit secondairement dans les malléoles et à la surface articulaire du tibia.

Je n'ai pas l'intention de m'étendre sur les indications de la résection dans les ostéoarthrites du tarse postérieur. Je suis de ceux qui admettent que, là comme ailleurs, lorsque le processus est à ses débuts, lorsque les produits tuberculeux ne sont formés que par des fongosités non caséifiées ou ramollies, le traitement non opératoire par l'immobilisation, la compression, la cautérisation et les injections interstitielles, la méthode sclérogène, doit être tenté; j'ajoute du reste que les malades dont j'ai à vous parler et qui ont subi la tarsectomie étaient tous à la période des abcès et des fistules. Cette période établie, on n'a guère le choix qu'entre l'amputation et les résections, les demi-interventions, raclages, curages ne donnant pas de résultats satisfaisants; celui des résections, tant au point de vue de l'innocuité de l'intervention qu'à celui des fonctions, est si encourageant, que l'amputation ne peut plus guère être considérée à l'heure actuelle que comme une ressource ultime et réservée à des cas exceptionnels. Je dois pourtant faire une réserve sur l'application de la méthode sclérogène aux ostéoarthrites suppurées du cou-de pied; le hasard a fait que j'ai vu à son entrée dans le service de mon ami le professeur Lannelongue un de ces cas et des plus graves : on n'aurait pu souhaiter une tuméfaction plus monstrueuse ni une plus grande richesse de fistules; six mois plus tard, je revoyais cette malade absolument transformée à la suite du traitement par les injections de chlorure

de zinc. L'avenir montrera ce que l'on peut attendre de cette méthode; mon impression est que si l'on réussit à diminuer le nombre des cas nécessitant la résection, il en restera toujours où celle-ci trouvera son application. Dans ces derniers temps, j'ai eu à réséquer deux genoux et un tarse traités sans succès par d'autres chirurgiens par la méthode sclérogène. Pour le moment, il ne peut être qu'utile d'étudier les résultats de la tarsectomie postérieure aux différents points de vue qu'elle comporte.

Une autre question dont je dois dire deux mots, pour n'y plus revenir, est celle de l'opération de Wladimiroff-Mikulicz; je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer cette opération. Ollier, Kümmer et d'autres ont fort bien montré que dans les ostéoarthrites ses indications ne peuvent se tirer que des altérations profondes des parties molles de la plante, que, en dehors de ces cas, les lésions osseuses les plus étendues traitées par les tarsectomies complexes donneront toujours de meilleurs résultats fonctionnels, qu'il y a toujours avantage à s'appuyer sur la plante du pied plutôt que sur le gros orteil, qui n'a pas été fait pour cet usage.

Ces différents points établis, j'entre dans mon sujet.

Permettez-moi de vous rappeler en peu de mots la méthode opératoire : elle consiste à extirper l'astragale par le moyen d'une incision externe avec section des tendons des péroniers latéraux; l'incision part du bord externe du tendon d'Achille, au-dessus du calcanéum, passe à ras de la pointe de la malléole externe et se dirige de là obliquement en avant et en dedans pour se terminer au bord externe du tendon du péronier antérieur, à environ deux travers de doigt en avant de la ligne bimalléolaire; le couteau coupe dans un second temps les tendons des péroniers latéraux, le ligament péronéo-calcanéen, et incise le ligament astragalo-scaphoïdien supérieur. Dans un troisième temps, on détache avec la rugine les ligaments péronéo-astragaliens antérieur et postérieur ainsi que les deux lèvres de l'astragalo-scaphoïdien, et l'on coupe avec le même instrument le ligament interosseux. Lorsque la dénudation est bien complète, on fait passer par-dessus le col de l'astragale la branche courbe de mon davier spécial, sa branche droite dans la gouttière sous-astragalienne et on les articule; l'aide renverse fortement le pied en dedans, tandis que le chirurgien fait basculer l'astragale en dehors, insinue la rugine par-dessus la poulie et détache les insertions astragaliennes du ligament latéral interne; l'os est extrait.

Rien n'est plus facile alors que d'explorer de l'œil et du doigt toutes les surfaces de la loge astragalienne, malléoles, calcanéum, scaphoïde; non seulement la fenêtre ouverte est large, mais la pos-

sibilité de renverser le pied en dedans, à quelque degré qu'on le désire, facilite singulièrement cette exploration en permettant de présenter les surfaces dans différentes directions.

Non seulement l'exploration des surfaces articulaires est facile, mais on peut par cette seule incision attaquer un bon nombre de lésions. C'est ainsi qu'elle m'a suffi pour pratiquer le curage des malléoles dépouillées de leur cartilage, pour y évider des foyers tuberculeux et exécuter les mêmes interventions sur la surface supérieure du calcanéum ou sur la surface postérieure du scaphoïde. Si je m'en rapporte à mes observations, dans un bon nombre de cas ce sont ces parties qui sont atteintes; mes résultats concordent sous ce rapport avec ceux des recherches d'Ollier et d'Audry.

Mais il est d'autres cas où les lésions sont plus profondes ou s'étendent plus loin. En premier lieu il faut signaler le calcanéum. Je ne m'occuperai pas des cas assez nombreux où cet os est le siège d'un foyer plus ou moins étendu, mais sans rapport avec les surfaces articulaires; il n'est pas alors question, cela va sans dire, de s'attaquer à l'articulation tibio-tarsienne, l'extirpation totale du calcanéum ou son évidement suffisent; j'ai obtenu de cette dernière opération de beaux succès, même chez des personnes âgées, et les résultats de l'extirpation sous-périostée publiés par Ollier et ses élèves ne laissent aucun doute sur sa valeur. Mais il n'est pas très rare de voir un foyer tuberculeux calcanéen primitif s'ouvrir à la face supérieure et de là envahir les parties voisines; j'ai rencontré pour ma part 5 cas de ce genre. Il peut arriver aussi, c'est ainsi du moins que j'ai interprété quelques-uns de mes cas, que le calcanéum soit envahi secondairement et que les lésions s'y propagent profondément; il est un certain nombre de ces cas où l'on pourra se borner à l'évidement du foyer primitif ou secondaire, mais il en est d'autres où l'extirpation totale s'impose.

Mon procédé opératoire se prête admirablement et à peu de frais à cette intervention complexe; 4 fois j'ai enlevé le calcanéum en totalité après extirpation de l'astragale en exécutant le procédé suivant : de la partie postérieure de l'incision primitive sur le bord externe du tendon d'Achille, je fais descendre une incision verticale de 2,5 à 3 centimètres qui se termine sur la tubérosité externe du calcanéum et qui va jusqu'à l'os. On détache avec la rugine le périoste de la face externe et de la face postérieure en continuité avec le tendon d'Achille, puis, l'aide renversant fortement le pied en dedans, on attaque le périoste sur le bord supérieur de la face interne, on le détache de cette face interne et de ce qui reste à dépouiller de la face postérieure; il devient alors facile, en faisant écarter les parties molles, d'achever

la dénudation de la face inférieure. Le même procédé peut s'appliquer à l'évidement de grands foyers permettant la conservation d'une partie de l'os; 2 fois j'ai procédé ainsi, décollant le périoste de la face externe de l'os et évidant le foyer mis à découvert par cette voie.

Parmi les nombreux procédés de tarsectomie postérieure connus, je n'en sais pas qui permette si facilement et à si peu de frais d'enlever simultanément les deux os. Ollier, dans son chapitre sur la tarsectomie postérieure totale, indique deux procédés, suivant que l'on a commencé par le calcanéum ou par l'astragale; dans le premier cas, c'est par l'incision faite pour l'extirpation du calcanéum, agrandie au besoin, que l'astragale est enlevé; il indique comme utile, sinon nécessaire, une incision secondaire; dans le second cas, il est impossible d'enlever le calcanéum par l'incision ou les incisions faites pour l'astragale, et il ajoute sa grande incision externe pour l'extirpation du calcanéum; on voit comme cela est plus compliqué que le procédé que je vous ai décrit. Pour ma part, la section de deux tendons, que l'on suture si l'on veut, me paraît largement compensée par la facilité que donne le procédé.

Le cuboïde s'est trouvé envahi dans 3 cas; il a suffi pour enlever cet os de prolonger l'incision en avant et en bas, ce qui ne lèse aucune partie importante. Quant au scaphoïde, je l'ai enlevé en totalité 2 fois dans un de ces cas; comme il y avait une masse fongueuse saillante à ce niveau, j'avais commencé l'opération par une incision sur cette masse et elle me facilita l'extirpation de l'os reconnue nécessaire.

Dans les cas où, l'astragale enlevé, on se trouve en face de lésions qui indiquent l'amputation, il est facile de transformer l'opération commencée en amputation tibio-tarsienne ou en amputation de Le Fort-Pasquier; c'est ce que j'ai fait dans un cas où l'état du calcanéum le permettait.

Le procédé que je vous ai décrit comporte l'extirpation de l'astragale et il y a lieu de justifier cette ablation. Ollier a avancé que, dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied, cet os est très ordinairement malade soit primitivement, soit secondairement; ce que j'ai pu voir confirme cette opinion; je trouve dans mes notes que, sur mes 16 tarsectomies, l'astragale paraissait sain dans 2 cas, dans 11 il était plus ou moins profondément altéré et n'aurait pu certainement être conservé sans danger de récidive; dans 3, mes notes sont insuffisantes pour pouvoir rien affirmer.

Je dois dire cependant que Kocher a guéri 3 malades par la simple arthrectomie sans extirpation de l'astragale; il fait une

incision externe et luxe le pied sans attaquer le ligament latéral interne; je crois que les cas de ce genre sont bien rares et que la sécurité que donne l'ablation de l'astragale compense largement son sacrifice.

Ollier a encore montré que le pied privé de son astragale est généralement fort peu entravé dans son fonctionnement; vous verrez qu'à ce point de vue je n'ai pas eu à regretter sa suppression. On sait du reste que son extirpation dans les luxations ne laisse que bien peu de traces au point de vue fonctionnel; je l'ai constaté moi-même chez un blessé que j'ai opéré il y a déjà plusieurs années et qui marche sans la moindre boiterie.

La résection terminée, je cautérise énergiquement toutes les surfaces avec le thermocautère, je tamponne à la gaze iodoformée qui sera retirée peu à peu; la plaie est suturée en partie de façon à ce que les tendons suturés eux-mêmes soient recouverts. Le pansement appliqué est doublé d'une attelle plâtrée dorsale, le pied maintenu en bonne position à angle droit; tout ceci peut se faire avant d'enlever l'Esmarch.

Voyons maintenant les résultats obtenus; je n'aurai pas grand' chose à ajouter à ce que je vous en ai dit l'année dernière.

J'ai appliqué mon procédé dans 20 cas et j'ai eu 2 cas de mort suivant de près l'opération. Le premier concerne une femme opérée pour une ankylose consécutive à une arthrite fongueuse avec fistules persistantes; le procédé s'est montré insuffisant en raison de l'ankylose osseuse et la malade a succombé avec les symptômes de la méningite tuberculeuse. Le second malade est mort de broncho-pneumonie pendant l'épidémie de grippe. La mort n'a donc été qu'une conséquence indirecte de l'opération dans les deux cas.

De mes 20 cas je distrairai comme ne se rapportant pas directement à notre sujet 2 malades opérées pour ankylose, celle que je viens de citer et celle qui m'a donné l'idée du procédé; cette dernière a fort bien guéri, mais est morte de phtisie cinq ans et demi plus tard; c'était un cas d'ankylose avec équinisme et cette fois j'ai coupé le tendon d'Achille.

Je retranche encore les deux cas suivants : 1° arthrite suppurée suite de grippe, extirpation de l'astragale, guérison; 2° ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne et tarsienne étendue, extirpation exploratrice suivie d'amputation de Le Fort, guérison.

Tous les autres cas, au nombre de 16, ont été opérés pour des ostéo-arthrites tuberculeuses en activité, soit avec des fistules, soit avec des collections liquides.

Il serait intéressant et utile de savoir exactement quel a été

chez ces malades le point de départ de la maladie, dans la synoviale ou dans les os, et dans ce dernier cas dans quelle partie du squelette, mais, au moment où on opère, il est souvent bien difficile de le déterminer; voici ce que j'ai pu constater : dans 5 cas, la lésion primitive et osseuse siégeait certainement dans le calcanéum, dans 1 cas au col de l'astragale, 2 fois dans la malléole interne; 2 fois la synoviale a paru primitivement atteinte; dans les autres cas nous sommes restés dans le doute.

Il est une autre donnée qui a aussi son intérêt et que je puis vous fournir, je veux parler de l'étendue des lésions au moment de l'intervention, que ces lésions soient du reste primitives ou secondaires. Voici comment se classent mes observations sous ce rapport : j'ai déjà indiqué plus haut l'état de l'astragale; cet os extirpé : 2 fois il a suffi d'un raclage des malléoles, 2 fois de l'abrasion de la surface supérieure du calcanéum, 4 fois cette surface supérieure a été abrasée et en outre l'une ou l'autre des malléoles ou toutes deux ont été raclées, évidées ou réséquées à leur pointe.

9 fois le calcanéum a dû être extirpé en partie, en totalité ou évidé; dans 6 de ces 9 cas l'astragale et le calcanéum ont seuls été attaqués tandis que, dans les 3 autres les os voisins, scaphoïde ou cuboïde étaient également malades. Nous avons sur ces 9 cas, 3 cas d'évidement du calcanéum, 3 cas d'extirpation totale, d'autre part 1 cas d'extirpation partielle du calcanéum et totale du scaphoïde et du cuboïde, 1 autre d'extirpation partielle du calcanéum et totale du cuboïde et 1 dernier d'extirpation du calcanéum, du scaphoïde et du cuboïde.

Il résulte de ces constatations que les lésions calcanéennes, soit primitives, soit secondaires, ont été particulièrement nombreuses; c'est un argument en faveur d'un procédé qui permet de combiner facilement et sans complications opératoires l'extirpation du calcanéum à celle de l'astragale.

Je n'ai que peu de mots à ajouter à ce que je vous ai dit l'année dernière sur les résultats au point de vue de la marche de la plaie. Depuis lors 2 malades ont achevé leur guérison : l'un était encore en traitement et a vu ses fistules se fermer à Cannes; l'autre, qui conservait depuis sept ans une fistulette et qui du reste marchait convenablement après l'extirpation de l'astragale, du calcanéum, du scaphoïde et du cuboïde, est maintenant complètement guéri en ce qui concerne son pied.

Deux nouvelles opérations ont été faites, les deux opérés sont en traitement, l'un avec des fistules en voie d'amélioration, l'autre de date récente (24 janvier); les deux petites plaies, il s'agit d'une extirpation de l'astragale avec évidement du calcanéum, ne pré-

sentant aucun mauvais caractère. Enfin un opéré est mort de la tuberculose génito-urinaire qui a débuté l'an dernier, soit cinq ans après l'opération, et sans avoir eu de récidive locale.

En somme, sur cette série de 16 opérés pour tuberculose du tarse postérieur, nous avons 1 mort par broncho-pneumonie, 2 morts de tuberculose pulmonaire ou génito-urinaire longtemps après l'opération, 1 cas de développement de la tuberculose dans une autre jointure (genou), 1 cas de persistance de fistules, 2 cas en traitement et 9 cas de guérison persistante; la guérison date de huit ans dans 1 cas, de quatre ans et demi dans 1 cas, de quatre ans dans 4 cas et de six mois dans 2.

Je ferai remarquer que sur ces 9 cas 2 fois seulement des repullulations et des fistules fongueuses ont nécessité des raclages et des cautérisations plus ou moins répétées, que dans 3 autres il y a eu soit à inciser un abcès, soit à racler un trajet; les autres ont guéri sans le moindre incident. Chez les deux opérés qui ont présenté ultérieurement l'un une arthrite du genou, l'autre une tuberculose génito-urinaire, il n'y a eu aucune récidive du côté du pied opéré; ils s'ajoutent à ce point de vue aux 9 précédents.

Le temps me manque pour entrer dans le détail de la durée du traitement, variable du reste; en dehors des cas où il y a eu persistance plus ou moins longue de fistules, cas relativement peu nombreux, je note plusieurs guérisons complètes au bout de trois à six mois et permettant à cette date la marche sans autre appui qu'une canne.

Le résultat au point de vue fonctionnel a été satisfaisant, sauf dans 2 cas : une jeune femme nerveuse ne peut se décider à marcher et une petite fille mal soignée dans un orphelinat marche, il est vrai, sans canne, mais avec un équinisme dû au manque de soins et d'un soulier convenable. Tous les autres marchent bien, plusieurs font de longues courses soit en plaine, soit à la montagne; aucun même de ceux qui ont subi les tarsectomies les plus étendues n'échangerait son pied contre une prothèse quelconque.

Tous nos opérés ont conservé des mouvements plus ou moins étendus d'extension et de flexion; chez aucun l'articulation nouvelle ne manque de solidité. J'ai indiqué un cas d'équinisme; pas un seul de talus. Sous ce rapport donc la section des péroniers, suturés ou non, n'a pas les conséquences que Kocher lui attribue.

Chez plusieurs de nos opérés on remarque une tendance au varus; elle se traduit par le fait que le pied appuie sur le sol dans la station debout plus fortement par son bord externe, tend à se

renverser légèrement en dehors et par la forme concave de son bord interne.

A quoi sont dues ces modifications? Je crois pour ma part que la section des tendons n'a rien à y voir et que la suppression de l'astragale en est la cause.

La preuve que la section des tendons n'en est pas coupable, c'est que cette même altération de la forme du pied a été observée dans des cas où ces tendons n'avaient pas été sectionnés; je vous ai déjà signalé des faits de cet ordre dans ma communication de 1885 et Ollier, qui ne coupe aucun tendon, a constaté le varus et la concavité du bord interne chez ses tarsectomisés.

D'autre part Ollier et son élève Vallas ont déjà indiqué comme cause de la difformité la suppression de l'astragale, et la forme de cet os explique le fait; en effet, dit Vallas, la place occupée sur le bord interne par l'astragale est plus étendue que celle que ce même os remplit sur le bord externe; j'ajoute que si l'on examine un squelette de pied par sa face plantaire, on voit que le bord antérieur du calcanéum, oblique d'arrière en avant, de haut en bas et de dedans en dehors, forme avec le bord antérieur du scaphoïde un angle ouvert en dedans rempli par le ligament astragalo-scaphoïdien inférieur sur lequel repose la tête de l'astragale; ce dernier os enlevé, le scaphoïde tendra à venir remplir cet angle et la concavité se formera. D'autre part, l'inclinaison de la face supérieure du calcanéum de haut en bas et de dedans en dehors explique l'abaissement du bord externe du pied. Une preuve indirecte de ce que j'avance me paraît résulter du fait que dans les tarsectomies étendues la même altération de la forme ne s'observe plus; je puis en donner les deux exemples suivants: 1° extirpation de l'astragale, du calcanéum, du scaphoïde et du cuboïde, pas de varus ni de concavité du bord interne, le malade pose le pied à plat, dans la marche il le place en valgus; 2° extirpation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde et de la partie antérieure du calcanéum, attitude normale du pied.

Chez mes opérés, du reste, cette déformation ne paraît pas nuire d'une façon sensible à la marche, mais si on voulait la prévenir je crois que le meilleur moyen serait d'enlever de parti pris une partie de la grande apophyse du calcanéum, comme notre confrère le professeur Gross a conseillé de le faire dans les astragalectomies pour pieds bots anciens.

Il me paraît ressortir de ce que je viens de dire que le léger degré de varus ne doit pas être attribué à la section des péroniers. Dans mes trois premières opérations je ne les avais pas suturés et il n'en est résulté aucun inconvénient; dans un cas même ces tendons étaient envahis par les fongosités et je me vis

obligé d'en réséquer une certaine longueur; l'opérée, qui avait subi l'extirpation totale de l'astragale et du calcanéum, marchait fort bien sans canne lorsque cinq ans plus tard il se développa chez elle une arthrite tuberculeuse du genou opposé. Il ne faudrait pas conclure de ce qui précède que je déconseille la suture des tendons coupés; sauf dans mes premiers cas, je l'ai toujours faite; elle a toujours paru réussir, jamais il n'y a eu la moindre exfoliation; dans quelques cas, je me suis assuré par l'excitation électrique de la transmission des contractions musculaires.

Je conclus donc en disant que la section des tendons des péroniers ne mérite pas les reproches qu'on lui a faits et qui ont été soutenus par Ollier.

Si d'autre part l'opération est simple, beaucoup plus simple que bien d'autres, facile d'exécution et rapide, si elle donne le plus de jour possible pour l'exploration, si elle permet à peu de frais la tarsectomie totale et certaines tarsectomies complexes, et c'est ce que j'espère vous avoir démontré, ses avantages me paraissent incontestables.

De l'implantation d'os décalcifié, comme méthode de traitement de la tuberculose du pied,

Par le Dr A. Le Dentu, Professeur à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les lésions de la tuberculose du pied évoluent d'une façon très différente, suivant qu'elles siègent dans la portion des métatarsiens située en avant de l'épiphyse postérieure de ces os et dans les orteils, ou en arrière de l'épiphyse postérieure des métatarsiens. Autrement dit, lorsqu'elles sont franchement tarsiennes ou qu'elles occupent les articulations tarso-métatarsiennes, elles ont une allure différente de celle des lésions développées dans le corps des métatarsiens ou dans les orteils correspondants. C'est qu'en effet, dans le premier cas, elles restent rarement limitées aux points où elles ont apparu tout d'abord. A cause de la multiplicité et surtout des rapports intimes des os du tarse, elles ont une tendance à l'extension, à la diffusion, qui les rend particulièrement redoutables. Au contraire, dans le second cas, leur délimitation précise est une condition favorable, bien capable d'exercer une influence importante sur les résultats de la thérapeutique. Les grattages, les évidements, les résections procurent des succès qu'on est bien loin de pouvoir obtenir avec une égale fréquence lorsqu'on agit dans les os du tarse et leurs nombreuses articulations.

Voilà un fait que l'observation clinique a depuis longtemps mis en évidence. Aussi n'est-il pas surprenant que presque tout ce qu'on a dit et écrit depuis quelques années relativement à la tuberculose du pied se rapporte à la tuberculose tarsienne. Presque tous les efforts se sont portés là où il y avait de grandes difficultés à vaincre.

De ces efforts sont nées des opérations conservatrices telles que la tarsectomie sous-périostée et l'opération du Wladimiroff, dont les résultats, sans être toujours excellents, se sont montrés encourageants. Mais des objections de valeur ont été élevées contre l'une et l'autre : dans un cas la lenteur de la guérison, dans l'autre, la forme du membre dont l'avant-pied, devenu vertical, prolonge l'axe de la jambe, si bien que certains malades préfèrent l'amputation sus-malléolaire qui leur permet de se faire fabriquer un pied artificiel et de dissimuler ainsi leur mutilation.

Une méthode qui rendrait la reconstitution du pied rapide après la tarsectomie aurait le grand avantage d'assurer la conservation du membre dans des conditions de forme et de fonctionnement supérieures à celles que réalise l'opération de Wladimiroff, en même temps qu'elle écarterait la sérieuse objection, basée sur la lenteur de la reproduction osseuse, qu'on a opposée à la tarsectomie sous-périostée. Or cette méthode existe : c'est l'implantation d'os décalcifié, là où des parties du squelette du pied ont été détruites par l'affection tuberculeuse ou extirpées par le chirurgien. J'ai déjà eu assez souvent recours à ce procédé de réparation osseuse pour être fixé sur sa valeur. Il va de soi qu'on ne peut pas compter sur lui d'une façon absolue. Certaines conditions relatives à l'âge des sujets, à l'étendue des pertes de substance, au siège des lésions, sont indispensables, nécessaires ou favorables à des degrés divers. Il ne faut donc demander à cette méthode que ce qu'elle peut donner.

Si j'introduis ces restrictions, ce n'est pas pour arriver à dire qu'il faut lui demander peu. Bien au contraire, car l'exemple que je vais dans un instant citer en sa faveur prouve que, en dépit de toute invraisemblance, elle peut être suivie de succès dans des cas où le succès semblerait chimérique.

On sait en quoi consiste cette méthode. Des fragments d'os frais de bœuf, de veau ou de tel autre animal que l'on voudra, sont plongés pendant huit à dix ou douze jours dans une dilution d'acide chlorhydrique au dixième. On les lave alors avec de l'eau bouillie à plusieurs reprises ou avec une solution faible de potasse caustique, puis on les plonge dans une solution de sublimé au millième pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Ainsi débarrassés de l'acide chlorhydrique qui les avait

imprégnés, on les conserve dans de l'éther iodoformé jusqu'au jour où l'on doit s'en servir. Pour la technique de cette méthode je renvoie à la thèse de mon interne M. Buscarlet : *La greffe osseuse chez l'homme et l'implantation d'os décalcifié*. Paris, 1891.

J'ai eu bien soin de rappeler, au moment de mes premiers essais, ceux de Senn (de New-York) et de Kümmel (de Hambourg). Le chirurgien américain avait fait des implantations de petits fragments; le chirurgien allemand, avançant d'un pas sur la même route, remplaça des métacarpiens et des métatarsiens par des morceaux d'os décalcifié de dimensions égales. La seule différence qui sépare mes cas de ceux de mes prédécesseurs, c'est que je n'ai pas craint de substituer à des portions de diaphyse ou à des os courts volumineux, comme l'astragale et le calcanéum, de gros fragments d'os décalcifié ayant plusieurs centimètres de long. J'ai osé davantage, et j'ai pu me féliciter de m'être éloigné notablement des règles mises en pratique par Senn et Kümmel. Il m'est donc permis de me flatter d'avoir étendu les applications de la méthode en montrant qu'elle pouvait être employée avec avantage pour la réparation de portions étendues des diaphyses ou d'os courts volumineux.

Insister ici sur la physiologie pathologique du sujet, ce serait sortir des limites de la question. Il n'est cependant pas superflu de rappeler ce qu'il importe d'en connaître. Le chirurgien qui implante un fragment d'os décalcifié à la place d'un fragment d'os équivalent, ne prétend pas opérer une simple substitution. Il ne fait pas non plus une véritable greffe, car l'idée qui constitue la base de cette dernière méthode, c'est que les éléments anatomiques de la substance implantée ou transplantée continuent à vivre, se multiplient et arrivent à remplacer véritablement les éléments du tissu enlevé. Telle est ou telle a été la théorie, à l'époque des premières expérimentations; mais on sait à quel point les espérances fondées sur cette séduisante méthode se sont peu réalisées. Si certaines transplantations d'os vivant ont procuré à Mac Ewen, Ollier, Poncet, des résultats satisfaisants à certains égards, combien d'autres essais ont échoué! « M. Ollier ne croit pas à l'accroissement des greffes osseuses vivantes; pour lui tous les cas publiés s'expliquent par une action de présence que la substance osseuse a exercée sur les tissus conjonctifs voisins; le périoste resté fibreux a repris sous cette influence des propriétés ossifiantes, jamais les fragments transplantés chez l'homme ou l'animal ne s'accroissent par eux-mêmes. » (Buscarlet, *loc. cit.*, p. 26.)

Si l'implantation d'os vivant est impuissante à réaliser l'idéal de la greffe par transplantation, l'implantation d'os décalcifié a

encore moins le droit d'y prétendre. L'os décalcifié est destiné à disparaître, mais tant qu'il n'a pas été détruit, il sert de support à la portion de membre dans laquelle il a été implanté, s'il s'agit d'une résection; il remplit les cavités créées par les évidements et empêche ainsi le sang ou la sérosité provenant des surfaces raclées par les curettes de s'y accumuler; il stimule par son contact les surfaces avivées; de là une prolifération d'éléments conjonctifs jeunes venus du périoste qui établit en quelques jours une adhérence assez ferme entre cette membrane et l'os implanté. Puis bientôt des éléments osseux partis des extrémités ou des surfaces osseuses le pénètrent et se substituent peu à peu à lui. Au moment où cette substitution est terminée, il est lui-même entièrement résorbé, son rôle est fini, rôle relativement court, puisque dans des cas d'évidement on voit la guérison complète, possibilité de la marche comprise, en trois semaines (obs. 93 de la thèse de Buscarlet), et que dans des cas très défavorables la réparation osseuse peut s'accomplir en trois ou quatre mois, ainsi que le rétablissement des fonctions du membre.

En faveur de cette méthode j'ajouterai qu'on peut toujours avoir sous la main des fragments préparés et que le mode de préparation écarte tout danger d'inoculation de la syphilis ou de la tuberculose.

Lorsque j'ai commencé à recourir à la méthode de Senn, j'ignorais d'autant plus jusqu'où on pouvait en pousser l'application que j'étais le premier à employer de très gros fragments. Mon premier essai a été couronné de succès et cependant le morceau d'os de veau implanté à la place de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné avait 7 centimètres de long. Un os nouveau s'est développé, sans doute un peu moins long, mais assez solide pour supporter le poids de la jambe, et une articulation, d'abord trop lâche, mais qui s'est consolidée ensuite, s'est reconstituée entre l'extrémité inférieure du tibia et la face supérieure de l'astragale.

Dans ce cas, il s'agissait d'une tuberculose ancienne d'un os long; les fongosités étaient rares; le périoste, assez bien conservé, formait une gaine presque complète par-dessus laquelle la suture de la peau fut facile. Il ne m'était pas démontré *a priori* que, dans le cas de tuberculose des os du carpe ou du tarse, un résultat aussi favorable pouvait être obtenu, aussi est-ce sans confiance que je traitai de la même façon une jeune fille atteinte de tuberculose presque généralisée du tarse. Je ne pouvais pas m'imaginer qu'une régénération osseuse suffisante pût lui rendre un tarse assez solide pour supporter le poids du corps. Et cependant ce résultat invraisemblable fut obtenu. Les photographies et le moulage que voici en font foi.

L'histoire de cette jeune femme a été résumée dans la thèse déjà citée de M. Buscarlet, dans mes études de clinique chirurgicale (*Recueil de faits cliniques*, p. 224). Elle fut opérée le 9 juin 1891, il y a vingt-deux mois. Elle avait vingt et un ans. Chez elle tout le tarse postérieur était envahi par des fongosités. Plusieurs trajets fistuleux conduisaient le stylet sur le calcanéum nécrosé, et l'on pouvait supposer des lésions du même ordre dans les os voisins.

A peine l'opération de Wladimiroff-Mikulicz aurait-elle pu être tentée, tant les parties molles étaient altérées. C'était *à priori* un cas à amputation. Je trouvai cependant l'occasion bonne pour soumettre la méthode d'implantation d'os décalcifié à une épreuve démonstrative. Comme la malade était jeune, le succès n'était peut-être pas absolument impossible; mais je ne me dissimulais pas que ceux qui assisteraient à cette tentative auraient dans une large mesure le droit de la considérer comme une sorte de défi au bon sens chirurgical. C'est dans ces conditions très défavorables que j'opérai. Je fis l'extraction du calcanéum, de l'astragale et du scaphoïde, sans réséquer les malléoles, mais en conservant avec soin le périoste partout où il avait été respecté par les fongosités. Je régularisai la face postérieure du cuboïde et des trois cunéiformes et je plaçai trois gros fragments d'os décalcifié là où se trouvaient auparavant le calcanéum, l'astragale et le scaphoïde. Le fragment substitué au calcanéum se prolongeait en arrière en une saillie qui en représentait la grosse tubérosité postérieure. La cavité médullaire de ce fragment fut bourrée au moyen de quatre plaques d'os décalcifié qui l'oblitérèrent entièrement.

Une fois les débris du périoste et les ligaments recousus pardessus les os implantés, le pied avait à peu près recouvré sa forme normale. Il resta onze jours dans le premier pansement, sans que la température s'élevât au-dessus de 38° et sans qu'il se produisît autre chose qu'un suintement séreux abondant. Les pansements furent rares jusqu'à la fin du traitement. Les drains placés le premier jour purent être enlevés au bout de trois ou quatre semaines.

Lorsque je repris mon service au commencement d'octobre, après les vacances, quatre mois après l'opération, la malade marchait avec son pied enveloppé d'un appareil silicaté. Peu à peu la marche est devenue plus facile et l'appareil inamovible a été supprimé. A deux ou trois reprises elle est revenue me trouver, une première fois pour une adénite inguinale tuberculeuse, pour des excoriations des téguments dans les points où il y avait eu des fistules; chaque fois quelques attouchements modificateurs à la teinture d'iode ou à l'éther iodoformé ont mis fin à ces lésions

sans importance (voir pour les détails la thèse déjà citée de M. Buscarlet).

Etat actuel. — Comme vous pouvez en juger d'après la photographie que voici et d'après ce moulage, le pied reconstitué diffère du pied sain par plusieurs particularités : il est plat et il a même une très faible tendance à se relever en valgus; il est plus court, et la tubérosité postérieure du calcanéum n'existe qu'à l'état rudimentaire; l'astragale et le calcanéum sont représentés par une masse dure unique dont l'épaisseur est sensiblement moindre que celle de ces deux os dans un pied normal, tandis que le scaphoïde paraît s'être reproduit d'une façon beaucoup plus complète; la consistance du tarse en arrière des os cunéiformes et jusqu'au-dessous du bord antérieur de la surface articulaire du tibia est telle qu'on peut affirmer que c'est bien du tissu osseux qu'on a entre les doigts et non pas seulement du tissu fibreux.

Si l'on place l'index d'un côté et le pouce de l'autre, au-dessous des malléoles, et qu'on exerce une pression dans le sens transversal, on sent très bien, au-dessous des malléoles abaissées, une résistance ferme qui permet de penser que là existe un noyau ostéo-fibreux assez volumineux pour remplacer fonctionnellement le calcanéum et l'astragale. En un mot, si ce pied n'a pas tous les caractères esthétiques d'un pied normal, c'est encore un pied et un pied utile; car il est capable de supporter le poids du corps et il est articulé avec le tibia et le péroné au moyen d'une articulation qui jouit de mouvements étendus, un peu trop étendus peut-être, car je juge nécessaire de lui fournir un peu d'assistance, en faisant porter à l'opérée un soulier à tuteurs remontant jusque vers le milieu de la jambe.

Avec cet appareil, la marche est possible pendant assez longtemps, une demi-heure de suite environ, sans fatigue.

Comme l'opération date de vingt-deux mois, je puis considérer comme acquis le résultat que je viens de vous exposer. Il y a des chances pour qu'il s'améliore encore au point de vue fonctionnel.

Conclusions. — La méthode d'implantation de volumineux fragments d'os décalcifié qui m'a donné de bons résultats dans le cas d'évidement osseux ou de résection partielle des os longs, est applicable au traitement de la tuberculose du pied.

Les chances de succès sont naturellement d'autant plus grandes que les lésions sont plus limitées.

Même dans le cas d'envahissement des principaux os du tarse par la tuberculose, soit séparément, soit simultanément, il ne faut pas désespérer du succès. L'exemple rapporté plus haut en est une preuve convaincante.

Toutes choses égales d'ailleurs, la réparation osseuse est d'au-

tant plus rapide que l'âge des sujets est plus tendre. Contre-indiquée chez les malades qui ont dépassé quarante ans, cette méthode donne les meilleurs résultats chez les enfants et les adolescents.

Par la rapidité de la réparation osseuse, elle se montre supérieure aux autres méthodes connues, telles que les évidements, les résections sous-périostées et la greffe osseuse proprement dite. Elle est supérieure à l'implantation de corps étrangers aseptiques, tels que les pelotons de catgut, les tampons de gaze iodoformée, parce qu'elle assure mieux d'emblée le rétablissement de la forme des parties. Suivant la gravité des cas, la réparation s'effectue dans un laps de temps qui varie d'un à quatre ou cinq mois.

Indépendamment du jeune âge des sujets, d'autres conditions sont exigibles pour le succès. Ce sont : la conservation au moins partielle du périoste, la possibilité de réunir complètement les ligaments par-dessus les fragments implantés, le drainage temporaire, enfin l'immobilisation aussi complète que possible des parties pendant toute la période de réparation.

Toutes les fois que ces diverses conditions se trouvent réalisées, on a le droit d'affirmer que l'implantation d'os décalcifié représente un véritable progrès dans le traitement des affections osseuses, tuberculeuses ou non tuberculeuses.

M. Ollier. — Dès 1864, j'avais imaginé de maintenir les moules périostiques au moyen de corps étrangers, et je dus y renoncer parce que ces corps donnaient naissance à des suppurations trop abondantes. Avec l'antisepsie, j'ai repris cette idée; mais, pour les cas qui nous occupent, c'est-à-dire pour les affections tuberculeuses, je me suis toujours contenté de bourrer les gaines périostiques avec de la gaze iodoformée, pour utiliser l'action modificatrice locale de l'iodoforme et j'ai vu se restaurer des calcanéums entiers, chez des sujets jeunes, bien entendu. Dans quelques cas où il ne s'agissait pas de tuberculose, je me suis bien trouvé du catgut employé de la même façon, mais je cherchais alors en quelque sorte à fournir des aliments aux granulations.

Du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied par la chaleur,

Par M. le Dr Verneuil, Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

J'ai entendu avec un vif plaisir les choses excellentes qui viennent d'être dites et les sages préceptes si conformes à la chirurgie conservatrice.

Les amputations autrefois très fréquentes dans les affections tuberculeuses du pied deviennent heureusement de plus en plus rares, remplacées qu'elles sont par des résections typiques et atypiques ou des extirpations d'os.

On a dit avec raison que la tuberculose tibio-tarsienne commençait souvent par l'astragale. J'avais vu un cas de ce genre en 1869 et, mon diagnostic porté, j'avais avec succès extirpé cet os isolé (le moule du pied après cicatrisation est déposé au musée Dupuytren).

Depuis cette époque j'ai répété trois ou quatre fois la même opération ; j'avais accueilli jadis avec une certaine méfiance l'extirpation complète du calcanéum lorsqu'en 1853 Martineau-Greenhow la préconisa résolument, mais je l'admets maintenant ainsi que ces ablations beaucoup plus étendues qui portent sur la totalité ou la presque totalité du tarse (Mikulicz et autres). Bref j'accepte le principe des résections atypiques quand l'étendue des lésions le commande.

J'ai vu également avec satisfaction qu'on tendait de plus en plus à rejeter la réunion immédiate après ces opérations quand il s'agit de tuberculose, car la durée de la suppuration me préoccupe d'autant moins que je la considérerais plutôt comme un élément de succès. J'attache en effet une grande importance au traitement post-opératoire prolongé du foyer malade, à la surveillance à laquelle on doit le soumettre et enfin à l'emploi persévérant de l'iodoforme, si utile à la destruction du bacille.

Nous avons vu les mêmes préceptes donnés par l'éminent professeur Albert, dans une lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser.

Je me félicite de me trouver également d'accord avec mon excellent ami Ollier, si compétent en la matière, sur un autre point de thérapeutique articulaire, je veux parler de l'emploi de la chaleur.

Vous savez tous que le bacille ne résiste pas à une température élevée, c'est pourquoi M. Ollier insiste sur le surchauffage des plaies qui le renferment. Pour cela, après les évidements et les résections, non content de toucher avec le thermo-cautère les parois profondes et sinueuses de la cavité opératoire, il l'y laisse en place assez longtemps pour l'exposer au rayonnement intense du calorique.

J'ai étendu cette pratique aux lésions tuberculeuses fermées ou ne communiquant avec l'intérieur que par des trajets fistuleux, quand elles siègent aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs, et même au coude et au genou, quand il s'agit des membres grêles des enfants. La condition du succès est que la cha-

leur puisse pénétrer toute l'épaisseur du segment malade.

Cette méthode, qui m'a donné de beaux résultats et qu'on peut encore utiliser dans le traitement post-opératoire, a été étudiée avec soin par mon disciple et ami le Dr Clado, qui en a exposé avec soin la technique dans divers travaux auxquels je renvoie les lecteurs [1].

Thérapeutique chirurgicale de la tuberculose du pied

(*Conclusions tirées de notre pratique personnelle*),

Par le Dr Ch. Auffret (de Brest), Directeur du Service de santé de la marine à Rochefort.

On a déjà beaucoup écrit sur le traitement de la tuberculose du pied, et sommes-nous bien sûr d'y apporter quelques enseignements nouveaux? Telle est la question que nous nous posons en prenant la plume. Cependant si cette affection se trouve au nombre de celles qui ont été inscrites au 7e congrès de chirurgie, c'est que les maîtres qui en ont ainsi décidé ont pensé que ce point de la chirurgie n'était pas suffisamment éclairé. Et en effet, nous ne trouvons nulle part condensés les éléments de ce traitement; nous ne trouvons nulle part de solution ferme en présence d'un cas de tuberculose : ou bien le traitement en est confondu avec celui des autres affections du pied, ou on le rencontre aussi bien à côté de celui de la tuberculose costale ou de tel autre os. Nous ne voyons pas pourquoi on ne lui ferait pas l'honneur de la traiter à part au même titre que la *tuberculose vertébrale*, qui a été l'objet de si importants travaux; car, après tout, il faut reconnaître qu'elle présente encore bien des points obscurs. Les éléments ne manqueraient pas d'ailleurs, et nous ne doutons pas qu'une sérieuse monographie, mettant les observations bien faites à côté de beaucoup d'affirmations éparses et parfois hasardées, ne fût d'un grand secours pour les jeunes chirurgiens qui la rencontrent si souvent dans leur pratique. Je dirai plus : en cette matière, l'expérience acquise de chacun lui sert de guide, et il faut avouer que la diversité des cas que l'on a à traiter, oblige chaque fois à évoquer les souvenirs de la pratique passée, sans que l'on puisse, bien souvent, conclure à une entière similitude. Il en découle naturellement des divergences dans les traitements comme dans les décisions opératoires à prendre.

1. Clado, *Traitement des lésions tuberculeuses accessibles par la température élevée*. Congrès pour l'étude de la tuberculose, 2e session, 1891, p. 582.
Tuberculose rétro-malléolaire. Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, t. III, 2e fasc., p. 561.

Notre but est moins de faire un mémoire complet que d'apporter les conclusions de notre pratique et de notre expérience personnelles. Pour fixer le traitement d'une affection aussi grave, à réviviscences aussi communes que la tuberculose, il faut se rappeler que c'est une maladie parasitaire, contagieuse par germes spécifiques, à migrations microbiennes et dont les manifestations locales ne sont trop souvent que l'expression d'un état diathésique primitif ou par auto-infection.

D'autre part, suivant les individus, suivant les cas, elle revêt deux allures :

Ou bien *avec tendance à se localiser*, et alors il faudra tâcher d'exploiter, en vue de la réparation, cette tendance pacifique;

Ou *avec tendance à se généraliser*, et alors les moyens thérapeutiques qui s'adressent à la première manière, conviendront peu ou point à la seconde.

Il est en effet des agents, le fer rouge, certains caustiques, qui hâtent la tendance destructive, nécrobiotique et anéantissent sur place l'élément parasitaire, moyens qui, par conséquent, s'adressent très bien à la localisation tuberculeuse.

Nous ferons remarquer de suite que le jeune âge est plus propice à ces guérisons : chez l'enfant, les os du pied sont en évolution physiologique; l'ossification n'y est pas fixée. Ce sera le cas de tenter de détruire dans son origine le germe spécifique et, en même temps, de se servir de ce travail intime de croissance à la fois générateur et réparateur.

Mais la tendance est à la généralisation; et alors le scalpel tentera de faire ce que ni le feu ni les caustiques ne sauraient guérir.

Donc deux manières de traitements chirurgicaux s'adressant à deux modes bien différents de la même maladie.

Nous n'insisterons pas sur la position déclive, sur le rôle physiologique du pied qui en font si rapidement, dès qu'il a la moindre lésion, un organe surmené; mais il est un autre point de vue que nous ne saurions oublier, la structure anatomique, le squelette tout spécial du pied : c'est qu'il est partiellement composé d'os longs qui offrent en miniature les caractères des os longs du squelette; et partiellement composé d'os courts, jeu d'osselets, types de la substance poreuse, spongieuse.

Une ligne fictive tracée entre les 5 diaphyses des os du métatarse et les épiphyses postérieures des métatarsiens rend parfaitement compte de ces caractères anatomiques en limitant au-devant d'elle l'avant-pied formé des 3/4 antérieurs du métatarse et des orteils; et en arrière d'elle les extrémités postérieures des métatarsiens et le tarse.

Il y a peu à dire de la tuberculose des 4 derniers orteils. Nous

ne nous y attarderons pas, car, à vrai dire, elle n'offre rien de spécial.

Celle du 1er orteil est plus spécialement grave et mériterait une étude particulière; elle tend à se généraliser et demande une intervention plus rapide, car le 1er métatarsien plus poreux sert d'organe de transmission aux os de la moitié postérieure du pied.

Si ce sont les extrémités antérieures des 4 derniers métatarsiens qui sont malades, l'action thérapeutique sera plus difficile dans la première période, car il n'est pas aisé d'y porter le fer rouge et les caustiques.

Mais en revanche la propagation à l'arrière-pied est généralement lente; *la diaphyse du métatarsien est un isolant de la tuberculose*. On aura le temps d'intervenir, et si la transmission se fait aux os du tarse, ce sera presque toujours par les parties molles de la plante.

C'est dans ces cas que l'on constate parfois d'étonnantes localisations. J'enlevai, il y a deux ans, pour un tubercule enkysté, le troisième orteil avec les 3/4 antérieurs du métatarsien correspondant sur un jeune homme de vingt et un ans qui ne se rappelait pas d'avoir jamais marché. Les parents m'assurèrent qu'il souffrait du pied depuis l'âge de trois ans. Il avait subi plusieurs grattages suivis de cautérisation qui n'avaient que temporairement amélioré son état. L'opération radicale le guérit.

C'est une opération que nous avons pratiquée et vu pratiquer souvent avec succès, spécialement l'amputation du dernier ou des deux derniers orteils. Mais il faut avoir bien soin de curer les parties molles des scories bacillaires qui les tapissent; c'est dans les cas analogues que la pommade au chlorure de zinc au cinquième rend de si grands services.

Mais l'altération atteint les os du tarse.

Si elle se localise à un seul os, on devra commencer le traitement par les moyens thérapeutiques les plus simples, les cautérisations au fer rouge; les injections de la solution de chlorure de zinc; le grattage ou l'évidement.

La cautérisation ignée ponctuée ou transcurrente contre les accidents du début, les pointes de feu profondément enfoncées dans les os ou entre les surfaces, la canalisation, la tunnellisation, selon l'excellente méthode d'Ollier, après avoir préalablement dénudé les surfaces, sont de très bons procédés dont on est en droit d'attendre les meilleurs effets, surtout dans l'enfance, à la condition expresse de les employer sans hésitation, sans perdre de temps, d'une main énergique, et sans s'y attarder s'ils ne donnent pas de résultat dans les deux mois au plus.

Enfin le grattage et l'évidement, suivis de fortes injections au

chlorure de zinc, prennent rang ensuite. Mais nous insistons particulièrement sur ce fait, c'est que ces derniers moyens ne donneront de résultat que dans la tuberculose bien localisée.

Que devons-nous penser de la méthode sclérogène appliquée à la tuberculose du pied, c'est-à-dire des injections péri-articulaires à la solution de chlorure de zinc?

Sous l'inspiration du chirurgien distingué qui a déjà tant fait pour la tuberculose, ce nouveau traitement a été inauguré depuis peu d'années. Nous n'avons pas de fait personnel à citer pour le pied; mais nous reconnaissons qu'appliquées à certaines articulations, ces injections produisent des résultats remarquables dans certains cas de tuberculose. Récemment encore, à l'hôpital Saint-Charles, à Rochefort, dans le service de M. de Couvalette, nous avons pu voir deux coudes tuberculeux, dont l'un en pleine suppuration, complètement guéris après quarante instillations de la solution caustique. Mais pourrions-nous en attendre autant dans la tuberculose du tarse? Oui peut-être; mais à la condition de l'appliquer à une tuberculose localisée, rappelant, dans une certaine mesure, la tuberculose des articulations moins compliquées. Nous tenterons de le faire à la première occasion bien définie qui s'offrira à nous.

Si aucun de ces agents thérapeutiques n'a réussi, il n'y a plus qu'à enlever la partie altérée. Le Dr Kirmisson l'a fort bien dit : *Pour si peu que les affections osseuses soient considérables, il vaut mieux recourir à l'ablation des parties malades*. Nous ajouterons : avec la certitude d'enlever tout ce qui est malade. Il ne s'agit plus que de s'entendre sur le mode d'ablation, sur le procédé opératoire, car il y a pléthore, ils sont presque trop nombreux, si la richesse était jamais un défaut; mais il y a l'embarras du choix, ce qui en est un.

Il s'agit moins d'avoir un procédé de faveur qui, en toute circonstance, ne saurait être applicable qu'à des cas limités, que d'avoir la notion précise de l'option dans tel ou tel cas déterminé. Il faut donc des principes fermes et judicieux dans le choix que nous devons faire; rien n'est plus important dans la question de la tuberculose qui nous préoccupe.

Nous divisons les opérations qui peuvent se pratiquer sur un pied atteint de tuberculose en deux groupes bien différents :

Les opérations ostéoplastiques.

Les amputations proprement dites.

Le groupe des opérations *ostéoplastiques* comprend trois modes opératoires.

I. — OPÉRATIONS OSTÉOPLASTIQUES : 3 GROUPES.

Le *premier* représente l'intervention au minimum, l'ablation de l'un des os, le calcanéum, l'astragale, le cuboïde, ou tel autre os du tarse.

Le *second*, qui n'est que l'amplification du premier, enlève, soit par désarticulation, un groupe d'os : la première ou la deuxième rangée du tarse, ou plus encore (tarsectomies typiques ou atypiques d'Ollier); soit par section (amputations de Wladimiroff-Mikulicz, avec les sous-variétés de Chaput, de Berger, ayant toutes pour but de conserver l'avant-pied ou de conserver le plus possible le pied, appliquant en cela un excellent principe de chirurgie).

Le *troisième groupe*, comprenant l'amputation de Pirogoff, avec les sous-variétés Pasquier, Lefort, se proposant d'allonger le bras de levier par soudure osseuse.

Ces trois groupes exploitent les propriétés ostéogéniques ou ostéoplastiques des os ou de leur enveloppe, car tous ont, en fin de compte, l'idée d'une restauration, d'une reproduction ou d'une soudure osseuse.

1er groupe. — Voyons ce que nous pouvons tirer de cette première série dans la tuberculose du pied, et commençons par le premier degré des opérations ostéoplastiques : ablations de l'un des os du tarse, Verneuil, Polaillon, Yversen fournissent des statistiques très rassurantes d'ablation du calcanéum. L'un parle de 45 succès sur 65 cas d'opération; l'autre de 58 sur 74. Mais il faudrait pour tirer réellement parti de ces chiffres, savoir exactement de quelle affection il s'agissait. Les opérés, pris en bloc, guérissent dans les 2/3 des cas; mais ne comprend-on pas, dans ces chiffres, des affections de toute nature, ostéites suppurées, nécroses anciennes, toutes altérations sans germes spécifiques. Nos opérés, comme ceux de nos confrères, que nous avons pu suivre, ont eu le plus souvent des guérisons très lentes, suivies de récidives nécessitant, comme conséquence ultime, une opération plus radicale par laquelle on a pu regretter de ne pas avoir commencé pour plusieurs raisons.

En fin de compte, les opérés y avaient généralement perdu.

Le point important est donc de bien fixer le diagnostic; de ne ranger dans les statistiques de maladies tuberculeuses opérées avec succès que celles qui étaient réellement tuberculeuses; de le faire au besoin, après l'étude bactériologique de la partie, ce qui aurait un double avantage : celui de conserver à ces opérations partielles du pied toute la valeur qu'elles méritent, appliquées à

des lésions qui n'ont rien de la tuberculose; celui de fixer d'autre part un traitement ferme qui s'adapte mieux à la lésion qui nous occupe, *en n'enlevant que ce qu'il faut, mais tout ce qu'il faut.*

2e groupe. — Ce que nous venons de dire s'applique aussi bien à l'ablation de plusieurs os, aux tarsectomies. Ici encore il y a des statistiques encourageantes, souvent favorables; mais s'appliquent-elles aux tuberculoses les plus communes, celles qui ont de la tendance à la généralisation? Nous ne le pensons pas, ou du moins nous pensons que ces opérations n'y trouvent leur application que dans les cas limités de tuberculose localisée sans tendance à la généralisation, et encore chez des sujets jeunes, aux propriétés ostéogéniques vivaces. En parcourant l'excellente thèse de M. Chobault, nous voyons que plus de la moitié des sujets opérés avaient de treize à dix-sept ans.

Il est enfin une condition un peu spéciale, je le reconnais, secondaire peut-être pour un chirurgien complètement affranchi de toute attache officielle, mais dont un médecin militaire ne peut entièrement se désintéresser : c'est la longueur, ce sont les éventualités de la guérison. Or dans nos grands hôpitaux maritimes, à quelle catégorie d'hommes avons-nous le plus affaire? C'est le militaire, le marin; c'est surtout la population ouvrière des arsenaux, qui est si disposée à la tuberculose (âge de 20 à 50 ans).

Nous avons vu plus d'une fois, chez le soldat, des marches forcées, des exercices de gymnase, le port de chaussures non adaptées au pied, être les agents responsables, le coup de fouet initial de la maladie.

Et cependant les uns et les autres ont subi une sélection relativement sévère avant d'être incorporés. Mais la tuberculose, surtout au début, revêt si fréquemment les dehors brillants de la santé!

Nous devons donc, autant que possible, et quand un autre procédé ne s'y oppose pas, nous devons opter pour le procédé qui guérit le plus rapidement, le plus sûrement, celui qui expose le moins aux récidives dans des affections qui en donnent tant, tout en assurant ensuite à l'opéré les moyens de locomotion les plus avantageux, sinon les plus élégants.

Les opérations ostéoplastiques du pied sont à ce titre des opérations de luxe. Nous les employons donc peu et nous donnons la préférence aux amputations partielles du pied. On ne saurait nier du reste que les unes et les autres ne fassent des infirmes, seulement à des degrés différents.

Est-ce à dire que nous excluions les opérations ostéoplastiques du traitement de la tuberculose du pied? Mais non. Un semblable absolutisme a toujours le défaut de l'exagération; mais il faut

qu'elles s'adressent à des localisations torpides, indolentes, et que ce soit sur des sujets jeunes. En toute circonstance ce seront toujours des opérations de luxe, plus sujettes que les autres à des récidives.

II. — Amputations proprement dites.

Nous leur préférons, dans le traitement de la tuberculose, les amputations proprement dites.

Dans la pratique des amputations partielles du pied, pour porter remède à la tuberculose, nous posons les principes suivants :

1. Enlever avec certitude tout le mal, mais ne pas sacrifier inutilement de partie saine;

2. Amputer pour cela dans un interligne sain, mais en suivant la série ascendante, sans manquer d'échelon.

Ces principes seront autant que possible appliqués, disons-nous, mais sans que nous imposions absolument de s'en faire l'esclave. Ainsi nous comprenons que ceux qui ne sont pas convaincus de la supériorité de la médio-tarsienne aient le droit d'opter pour la sous-astragalienne. Notons cependant que bien des chirurgiens se sont appliqués à améliorer l'amputation de Chopart. L'ancien directeur de Rochefort, le Dr Duplouy, a publié un excellent plaidoyer dans le *Bulletin général de Thérapeutique* de 1874. Tripier, Chaput, il y a quelques années, par l'opération calcanéenne, et récemment Godefroy (de Versailles), en proposant l'arthrodèse, ont fait leur possible pour en faire disparaître les inconvénients, toutes choses qui prouvent que cette opération a encore des fidèles. Nous ne la proscrirons donc pas de la série ascendante, tout en lui préférant ses voisines.

Amputation sous-astragalienne. — L'amputation sous-astragalienne offre un incontestable avantage sur les autres amputations limitrophes. Elle élimine les os du pied les plus poreux, les plus souvent envahis par les tubercules. Elle n'est pas d'une exécution difficile, et elle est de guérison rapide, ce qui est encore important. Enfin, au point de vue de l'esthétique, elle diminue moins la longueur du membre que la tibio-tarsienne, et par une légère inclinaison du bassin, l'opéré fait aisément la compensation de ce qui manque à la jambe en longueur, à tel point que, sur notre dernier amputé Lemeur, opéré pour une ostéo-arthrite tuberculeuse des extrémités postérieures des métatarsiens et des cunéiformes, l'amputé étant au repos dans la station verticale, on ne pouvait introduire une feuille de papier entre le moignon et le sol. Le membre repose sur une surface bien matelassée; la base de sustentation est suffisamment large. On a

prétendu qu'il fallait que l'astragale fût soudé au calcanéum : cela n'est pas. L'un de nos amputés faisait obéir son astragale à sa volonté, et même le fixait. Au début, le sol semblait trembler sous ses pas; au bout de quelque temps, il luttait avec des tibio-tarsiens à la marche précipitée, et n'était jamais menacé de chute.

Amputation tibio-tarsienne. — Si la sous-astragalienne ne peut être pratiquée et s'il est nécessaire d'amputer au-dessus, nous n'hésitons jamais à pratiquer la tibio-tarsienne. Nous avons adopté sans modification le procédé créé par l'un de nos anciens maîtres de la marine, J. Roux. Je n'ai pas ici à en faire l'éloge; les nombreux succès obtenus se chargent eux-mêmes d'en plaider la cause. Nous ne saurions mieux faire que de répéter ici ce que nous avons déjà écrit jadis ailleurs : « La supériorité du groupe tibio-tarsien, sous-astragalien, me semble tellement indiscutable sur les amputations de voisinage, que nous lui donnerons toujours la préférence quand nous le pourrons. Éviter d'une part l'embarras de la jambe artificielle, rechercher d'autre part la déambulation sur un moignon ferme, solide, qui n'est, après tout, que le coussinet normal sur lequel nous marchons, sans crainte de bascule ni de déviation du moignon, est évidemment l'idéal du résultat désirable dans les amputations du membre inférieur. »

Nous donnerons donc toujours à nos opérés, quand nous le pourrons, le bénéfice de la désarticulation du pied avec ou sans conservation de l'astragale.

Amputation sus-malléolaire. — Enfin, si, par suite de l'altération de l'astragale, nous sommes obligés de couper plus haut, nous pratiquons une sus-malléolaire d'après le procédé de notre vieux maître, M. Duval, ou par le procédé de F. Guyon, mais ne remontant jamais à l'amputation au lieu d'élection que nous n'adoptons que dans les cas de nécessité et seulement chez les tuberculeux qui ont les os de la jambe gravement atteints.

Amputation de Pirogoff. — Nous avons déjà dit ce que nous pensions des opérations ostéoplastiques en général; nous n'avons pas parlé de Pirogoff en particulier. Mais nous le proscrivons dans la tuberculose bien démontrée. Pourquoi, pour un si petit bénéfice, conserver ce fragment d'os poreux, si accessible au mal?

Nous connaissons le cas d'un pied opéré par l'un de nos confrères pour un tubercule, par le procédé Pirogoff. La soudure ne se fit pas; le calcanéum s'exfolia dans une abondante suppuration, et le résultat donna heureusement une excellente tibio-tarsienne. Mais il faut reconnaître que c'était jouer gros jeu.

Nous observons ainsi rigoureusement le principe de la graduation régulière des opérations, ne retranchant rien de moins qu'il

ne faut en présence d'une altération aussi tenace; mais quand nous avons tenu cette loi qui prend pour nous la valeur d'un axiome, nous ne retranchons rien de plus, considérant cette dernière pratique comme antichirurgicale.

Parallèle entre les divers procédés.

Comparaison. — Nous reconnaissons volontiers que les tarsectomies, que l'on peut mettre en parallèle avec les précédentes amputations, sont plus réellement conservatrices. Elles n'enlèvent que ce qui est malade; il en est de même du Wladimiroff, qui ne donne guère au malade que cette satisfaction un peu fruste de conserver les orteils. C'est bien quelque chose cependant, surtout pour certaines natures qui tiennent autant à ne pas paraître infirmes qu'à ne pas l'être. Mais, par contre, elles s'adressent surtout au jeune âge; elles réussissent surtout dans les mains de quelques chirurgiens très expérimentés et peut-être, au point de vue de la déambulation, ne sont-elles pas plus recommandables que les meilleures des amputations précédentes.

Nos résultats. *Nos moyens pour les obtenir.* — Nous avons eu la fortune particulière d'avoir en même temps dans notre service 5 amputés tibio-tarsiens, ou sous-astragaliens. Placés sur une même ligne, ils marchaient rapidement sans claudication sensible; et nous nous rappelons que l'un d'eux, à la bottine duquel nous avions fait ajouter un avant-pied, fut considéré par l'un de nos confrères comme atteint d'entorse.

L'expérience a démontré toutefois que la bottine-pilon convenait mieux aux hommes de peine que la bottine ornée d'un pied artificiel qui accroche les irrégularités du sol et expose l'amputé à des chutes. J'ai pensé obvier à cet inconvénient en conservant l'avantage facultatif de l'avant-pied. J'ai donc fait faire un avant-pied mobile qui s'adapte à la partie antérieure convexe de la base de la bottine, embrassant cette base par sa concavité et se fixant aux parties latérales par deux tenons à vis, entrant dans deux mortaises. La semelle est une lame métallique élastique, à bout légèrement relevé; mais la marche s'effectue sur le talon grâce à la précaution que j'ai prise de surélever d'un centimètre cet avant-pied, qui ne porte pas sur le sol. A une petite distance, je l'ai dit, on ne croit pas à une amputation.

Enfin, nous avons pensé, pour faciliter aux jeunes chirurgiens le manuel opératoire, ramener toutes ces amputations à un type général identique.

Cras, dans la thèse d'un de ses élèves, Clavel, avait proposé, en

vue des interventions dans les blessures de guerre, de faire précéder les amputations des membres d'une incision exploratrice. L'idée était parfaite pour les explorations dans la continuité. Après avoir pratiqué cette incision longitudinale dans l'axe du membre, il en examinait l'os, et s'il y avait nécessité d'une action plus radicale, il faisait tomber sur cette ligne des circonférences qui, de concert avec la première incision, formaient des raquettes.

Opérations exploratrices. — Mais il faut reconnaître qu'il ne peut y avoir au pied d'incision unique exploratrice de la tuberculose. Une incision pratiquée le long du bord externe de l'organe ne sera jamais exploratrice que d'un ou de deux os, non du massif plantaire et spécialement du tarse. Il ne peut y avoir, pour rechercher la tuberculose de cet organe, *que des opérations exploratrices.* Ce n'est donc pas sur une même ligne externe que nous baserons ni l'exploration ni l'intervention. Nous proposons seulement d'unifier toutes ces amputations par une même méthode. Pour toutes, nous proposons la raquette coudée à manche externe, sauf pour le J. Roux que nous pratiquons comme l'auteur du procédé, sans modifications (on pourrait cependant l'admettre), que nous jugeons inutiles ou nuisibles au résultat, parce que nous pensons qu'il n'est pas trop de conserver tous les téguments; nous rapprochons plus ou moins, pour les autres opérations, le manche de la raquette du bord plantaire.

Nous n'avons pas à répéter ici les procédés tibio-tarsiens, sous-astragaliens, non plus que les modifications que nous conseillons aux désarticulations tarso-métatarsienne et médio-tarsienne. Ces dernières amputations, qui ont été décrites dans le temps dans une bonne thèse de l'un de nos élèves, le Dr Labouesse, 1890, ces amputations commencées par une incision le long du bord interne du pied, passant dans la plante du pied en remontant sur la face dorsale pour rejoindre en V l'incision latérale externe, seront taillées de manière à laisser des lambeaux bien matelassés qui recouvriront les surfaces articulaires; l'ouverture des articulations pourra se faire par tel procédé que l'on voudra, mais surtout les procédés de Duval; mais on économisera ainsi l'incision interne, et les saillies osseuses, toujours difficiles à recouvrir en dedans, se trouveront, par ce fait, plus abritées. Nous croyons donc à la supériorité du procédé.

Conclusions.

Les conclusions d'un travail sur le traitement de la tuberculose du pied ne sauraient être fermes; elles s'adressent à trop d'éléments variables ou peu connus qui contribuent à en dévier fré-

quemment les applications suivant les circonstances, suivant les cas.

Nous supposons le diagnostic général de l'affection fixé, il faudra répondre encore aux questions :

Est-ce un tubercule enkysté?

Est-ce une tuberculose avec tendance à la généralisation?

A-t-on affaire à un sujet à constitution diathésique?

L'âge vient enfin apporter l'appoint de son influence; mais nous ne le faisons entrer en ligne de compte que pour engager à *précipiter le traitement local dans la première période* de la maladie, et *à le modérer dans la dernière.*

Ceci posé, nous dirons :

Si le tubercule des os du pied est enkysté, torpide, sans tendance à la généralisation, le détruire sur place par le fer rouge (canalisation ou tunnellisation d'Ollier), ou bien avoir recours aux caustiques, le chlorure de zinc et particulièrement à la méthode sclérogène de Lannelongue.

Dans l'enfance, si le mal est attaqué de bonne heure, la guérison est la règle.

A partir de l'âge adulte, la guérison devient plus rare, elle doit cependant être tentée.

La diaphyse des métatarsiens joue le rôle d'*isolant* vis-à-vis de la tuberculose des orteils comme des extrémités antérieures du métatarse. Elle se propage plutôt au centre du pied, par les parties molles de la plante. Moins grave que celle du tarse, elle résiste cependant aux tiraillements moins énergiques de la première heure, à des réviviscences sur place très tenaces et est surtout justiciable du scalpel et de la gouge. Si la tuberculose du pied a de la tendance à se généraliser, agir vite par les moyens radicaux qui doivent satisfaire à deux exigences :

1° Mettre le plus possible l'opéré à l'abri des récidives;

2° Sauvegarder au maximum le résultat fonctionnel, tout en n'oubliant pas l'esthétique.

Les interventions sur le pied contre la tuberculose se divisent en ostéoplastiques, visant la reproduction des os ou la soudure osseuse des surfaces, et en amputations proprement dites. Les opérations ostéoplastiques conviennent à la tuberculose localisée; elles ne conviennent plus du tout quand il y a tendance à la généralisation. Ce ne sont surtout, en tout cas, que des opérations du jeune âge ou des opérations de luxe.

Quand la tuberculose est envahissante, se hâter et pratiquer toujours l'amputation dans un interligne articulaire, mais aux conditions suivantes :

1° De ne jamais amputer que dans une articulation saine et de

ne conserver dans le moignon que des surfaces cartilagineuses intactes ;

2° De suivre autant que possible la gamme ascendante des amputations interarticulaires du pied en en gravissant sans interruption les échelons ;

3° De ne jamais s'arrêter à un procédé, serait-ce au *procédé favori*; si le terrain est suspect, transformer son opération en exploration et remonter au-dessus;

4° Ne pratiquer l'amputation de la jambe que quand la tibio-tarsienne est impossible, parce que rien ne vaut la déambulation sur les téguments naturellement appelés à en remplir les fonctions; si l'on y est contraint, se mettre largement en dehors des limites du mal et par conséquent des chances de récidives;

5° L'uniformité d'un procédé en raquette à incision externe pour toutes les amputations du pied a le double avantage d'accorder les bienfaits d'une opération exploratrice avec la pratique;

6° Nous croyons pouvoir ajouter sans nous contredire, et par des raisons que nous avons développées, que les deux opérations les plus sûres au pied sont les amputations sous-astragalienne et tibio-tarsienne, à la condition de conserver l'expansion ostéoaponévrotique du tendon d'Achille et sa continuité avec l'aponévrose plantaire signalée il y cinquante ans par J. Roux;

7° On peut, dans l'un et l'autre cas, pourvoir la bottine-pilon d'un avant-pied mobile, légèrement surélevé, pouvant être retiré et remis à volonté, et permettant par conséquent, chez l'homme de peine, d'associer la sécurité de la marche avec les exigences de l'esthétique.

Si nous pouvions rendre toute notre pensée par une formule, nous dirions :

Manœuvrer de façon à éviter au maximum les récidives, et *combiner son action opératoire de façon à éviter au patient de promener ultérieurement un membre infirme sur deux béquilles.*

Telles sont les conclusions de notre pratique personnelle dans le traitement chirurgical de la tuberculose du pied.

Indications du mode d'intervention dans les lésions tuberculeuses du tarse,

Par le Dr Poncet, Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Dès que le diagnostic de tuberculose des os du tarse est établi, on doit intervenir chirurgicalement, et, à plus forte raison, doit-

on agir de même si le diagnostic est douteux, afin de constater quelles sont les lésions et de faire alors le nécessaire. Les indications relatives aux différents modes d'intervention dépendent, d'une part, de la profondeur et de l'étendue des lésions, et, d'autre part, de l'âge des malades. Lorsqu'il s'agit de lésions anciennes, diffuses des os du tarse, l'amputation, à partir de quarante ans, est préférable à la tarsectomie; il peut en être de même entre trente et quarante ans, lorsque plusieurs os du tarse sont profondément atteints. De quinze à trente ans, au contraire, on est rarement réduit à cette mesure extrême, et les résections sont généralement indiquées. Enfin, jusqu'à l'âge de quinze ans, l'amputation doit être absolument rejetée dans la majorité des cas.

Traitement des tuberculoses du pied,

Par le Dr M. Pollosson, *Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

1° J'examinerai d'abord la question suivante : peut-on dans les tuberculoses de l'articulation tibio-tarsienne se contenter de la désarticulation, ou faut-il avoir systématiquement recours à l'amputation de jambe?

J'ai pratiqué plusieurs fois la désarticulation dans ces circonstances suivant le procédé de M. Ollier, incision de Syme et conservation du périoste calcanéen.

J'ai pu retrouver la trace de deux de mes anciens opérés. Le premier cas est celui d'une femme de soixante-dix ans : elle vécut trois ans après l'opération et mourut de catarrhe pulmonaire sans récidive locale. Le deuxième cas est celui d'un homme opéré il y a cinq ans; il est actuellement âgé de soixante ans. Je l'ai revu le mois dernier : la guérison est parfaite; le sujet est homme de peine et fait de longues marches avec la bottine de Jules Roux.

La désarticulation, bien supérieure à l'amputation de jambe au point de vue de la marche, me paraît indiquée dans les formes sèches, osseuses, sans infiltration des parties molles et des gaines par le pus ou les fongosités. La section du plateau tibio-péronéen devra être faite au-dessus des lésions.

2° Un mot maintenant sur le traitement des affections tuberculeuses du tarse antérieur. On peut diviser ce segment du pied en deux massifs, l'un externe cuboïdo-métatarsien, l'autre interne comprenant le scaphoïde, les cunéiformes et les trois métatarsiens internes.

Ces deux massifs peuvent être envahis isolément ou simulta-

nément; s'ils sont envahis simultanément et qu'une résection soit indiquée, c'est la tarsectomie totale qu'on pratiquera. Mais si l'un seulement est pris, faut-il se limiter à la tarsectomie partielle correspondante, ou pratiquer la tarsectomie totale dans un but orthopédique, pour éviter les inflexions du pied en dehors ou en dedans?

D'après notre observation, il faut distinguer. Si la lésion nécessite l'extirpation de tous les os du massif interne, on fera bien d'enlever le cuboïde même sain. La conservation du cuboïde entraîne en effet une déviation consécutive consistant en un varus de l'avant-pied.

Mais si la lésion commande seulement l'ablation du cuboïde et des extrémités métatarsiennes correspondantes, nous estimons qu'on pourra conserver le massif interne, dont l'extirpation compliquerait beaucoup l'opération.

Nous avons pratiqué deux fois cette résection partielle, sans observer une déviation consécutive nuisible à la marche ou une déformation du pied analogue à celle que laisse la seule extirpation du massif interne.

Tuberculose étendue du pied. — Tarso-métatarsectomie à peu près totale : ablation de l'astragale, du scaphoïde, du cuboïde, des 3 cunéiformes, d'une portion du calcanéum et des 5 métatarsiens dans toute leur étendue. — (Désossement du pied.) — Bon résultat,

Par M. le Dr Francis Villar, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Il est souvent difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur la meilleure conduite à tenir dans les cas de tuberculose du pied; c'est qu'en effet les indications de l'intervention se tirent ici d'éléments divers qui sont, outre l'âge et l'état général des malades, le siège et l'étendue des lésions, la forme et le rôle physiologique du pied.

Les lésions peuvent être circonscrites ou diffuses, se localiser dans les parties molles ou dans les os, envahir les différentes parties qui constituent le pied; sans parler du côté esthétique qui peut entrer en ligne de compte, il faut se préoccuper, au point de vue de la sustentation, de l'avenir de cette portion du membre inférieur sur laquelle on va agir.

Aussi, nombreux sont-ils les moyens dont on peut disposer pour attaquer la tuberculose du pied et chercher à en obtenir la cure radicale : immobilisation, grattage, évidement, cautérisa-

tion, tunnellisation ignée du professeur Ollier, méthode sclérogène du professeur Lannelongue, résections partielles ou totales, désarticulation et amputation, tout cela a été ou peut être mis en pratique.

Je n'ai pas la prétention de trancher ici cette question, mon expérience est trop courte en la matière. Je désire simplement apporter une faible contribution à l'étude du *traitement de la tuberculose du pied*, en vous communiquant l'observation d'une jeune fille de vingt-neuf ans, chez laquelle j'ai pratiqué une résection très étendue du tarse et du métatarse (véritable désossement du pied), opération qui m'a donné un résultat satisfaisant.

Voici cette observation :

Observation. — Mlle X..., âgée de vingt-neuf ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-André le 28 novembre de l'année dernière, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Demons, que j'avais l'honneur de suppléer : elle est placée dans la salle des dames payantes.

Mlle X... vient à l'hôpital pour se faire traiter d'une affection du pied gauche dont nous exposerons plus loin les caractères.

Rien à signaler du côté des antécédents héréditaires : père et mère bien portants; deux frères et une sœur également en bonne santé.

A l'âge d'un an, la malade, à la suite d'une chute, aurait eu une *luxation de la hanche gauche* qui n'aurait pas été réduite. Il y a trois ans, elle eut une pleurésie. Quelque temps après, apparition d'un abcès à la partie inférieure de l'échancrure costo-iliaque gauche, abcès qui, après avoir été percé et *guéri*, se rouvrit un mois plus tard et a laissé une fistule d'où s'écoule aujourd'hui goutte à goutte un liquide clair; l'orifice du trajet fistuleux se trouve situé à environ dix centimètres au-dessus de la crête iliaque et à quatre centimètres de la colonne vertébrale.

A peu près à l'époque de la pleurésie et de l'apparition de l'abcès, la malade se fit une entorse du pied gauche; mais, malgré la douleur, elle continua à marcher et à vaquer à ses occupations.

Cinq semaines environ après cet accident, Mlle X... est obligée de garder le repos et, trois ou quatre mois après, survient un abcès sur la face dorsale du pied : cet abcès fut percé.

Deux mois plus tard, un second abcès s'ouvre sous la plante du pied; enfin, depuis, il en est survenu d'autres.

Lorsque j'examine la malade, je constate tout d'abord un gonflement considérable du pied, accentué surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne.

Je constate, en outre, l'existence de cinq orifices fistuleux qui mènent le stylet sur des os friables, cariés.

Ces orifices fistuleux sont répartis de la façon suivante : on en trouve un au niveau de la partie descendante ou interne de la face dorsale du pied, à deux centimètres au-dessous et en avant de la malléole interne; un autre siège sur la face plantaire au-dessous de la partie moyenne du

bord interne du pied; il en existe un troisième sur la face dorsale, à quatre centimètres au-dessous et en avant de la malléole externe; enfin, deux autres orifices, très voisins l'un de l'autre, sont situés sur la partie médiane de la face dorsale, à sept centimètres en avant de l'interligne tibio-tarsien.

Les téguments du cou-de-pied et du pied lui-même, quoique œdématiés, ne présentent pas de lésions bien appréciables, sauf, bien entendu, les parties sur lesquelles siègent les orifices fistuleux.

Les mouvements imprimés à l'articulation tibio-tarsienne semblent indiquer que cette articulation n'est pas intéressée.

Ces mouvements, ainsi que ceux communiqués aux autres parties du pied, déterminent une certaine douleur.

La malade est très pâle et très amaigrie.

L'auscultation de la poitrine ne révèle rien de particulier.

Point n'est besoin d'ajouter que nous avions affaire à des ostéoarthrites tuberculeuses multiples du pied.

Je pensais que, dans ce cas particulier, la simple résection ou ablation des parties malades serait une opération laborieuse et probablement fort aléatoire au point de vue des résultats définitifs.

Cependant, comme la malade m'avait prévenu avant tout examen qu'elle ne consentirait pas à perdre son pied, M. le professeur Demons me conseilla de tenter une opération conservatrice.

L'opération fut pratiquée le 12 décembre. Je ne pus la faire plus tôt à cause de l'encombrement de malades dans le service et aussi empêché par l'arrivée des règles.

La malade est endormie au chloroforme; la bande d'Esmarch est appliquée.

Après les précautions antiseptiques habituelles, je pratique à la partie interne du pied une première incision qui me permet d'extirper le scaphoïde et le premier cunéiforme; une deuxième incision est pratiquée à la partie externe, puis une troisième à la face dorsale; par ces différentes incisions, j'extirpe le cuboïde, les deux derniers cunéiformes, l'astragale et la presque totalité des cinq métatarsiens; je puis dire qu'il n'est resté de ces os que leurs extrémités articulaires antérieures; enfin j'enlève une portion du calcanéum. Comme on le voit, les lésions très étendues avaient attaqué tous les os du tarse et du métatarse.

Il ne restait donc du squelette du pied qu'une partie du calcanéum et les orteils, car on peut faire abstraction de la petite portion restante des métatarsiens.

Il va sans dire que j'excisai les trajets fistuleux. Je terminai l'opération en touchant les parties avec la solution du chlorure de zinc.

L'écoulement sanguin qui se produisit, après que nous eûmes fait enlever la bande d'Esmarch, fut assez considérable. L'ayant arrêté en partie, mais très imparfaitement, je plaçai quelques points de suture et je laissai deux ouvertures latérales par où sortaient des mèches de gaze iodoformée qui bourraient la vaste cavité résultant de l'ablation des différents os du tarse et du métatarse.

Pansement avec poudre et gaze d'iodoforme; épaisse couche d'ouate

et bandes. Le membre est simplement placé dans une gouttière et maintenu élevé au lit au moyen de coussins.

Le *16 décembre au soir*, la température, qui était restée normale jusque-là, monte à 39°,4.

Le *17 au matin*, elle est de 38°,7. Premier pansement; les pièces du pansement sont imprégnées de sang. On retire la gaze iodoformée placée dans l'intérieur du pied et on la remplace par deux drains placés sur les côtés. Le pied est en très bon état; il y a un peu de suppuration. Le pansement fait, on remet le pied dans la gouttière.

Le *21 décembre*, deuxième pansement. La température est redevenue normale. Lavages antiseptiques. Tout va bien; un peu de suppuration. On replace le pied dans la gouttière.

Le *26 décembre*, on refait le pansement, la malade ayant accusé des douleurs la veille. Rien de particulier.

Le *30 décembre*, pansement.

Le *4 janvier 1893*, pansement; amélioration au point de vue de la suppuration. Le pied semble se consolider.

Pansements tous les cinq jours.

Le *25 janvier*, le pied est jugé suffisamment solide, on abandonne la gouttière.

Le *29 janvier*, pansement.

Le *2 février*, pansement.

Le *6 février*, pansement.

Le *10 février*, la malade demande son exeat. Elle se levait depuis quelques jours déjà et commençait un peu à marcher ou plutôt à essayer son pied.

Elle quitte l'hôpital le lendemain et voici quel était son état : l'état général est excellent; la suppuration est complètement tarie; les orifices fistuleux sont fermés; le pied est solide; il ne reste plus trace de cette mobilité anormale, exagérée, qui existait après l'opération, entre le calcanéum et les orteils; il existe quelques mouvements au niveau de l'*articulation tibio-tarsienne*.

Voyons maintenant la forme et les dimensions du pied : le pied est un peu déjeté en dehors; il est tuméfié et modifié dans sa forme; il est un peu recourbé sur lui-même, exagérant ainsi la concavité plantaire; il a subi un raccourcissement assez notable.

En somme, le résultat obtenu me paraît très satisfaisant; sans doute, la malade possède un pied volumineux, aplati (pied de Chinoise), déformé (cette déformation peut s'améliorer par la suite); mais, enfin, elle a conservé son pied et c'était son idéal.

Quant au résultat réellement définitif, on ne pourra évidemment le juger que plus tard; peut-être sera-t-on obligé d'amputer ce pied dans un avenir qui n'est pas très éloigné de nous, peut-être, au contraire, l'amélioration s'accentuera-t-elle. Je ne puis me prononcer sur ce point; je me contente de rapporter le fait, tout en faisant remarquer que le présent nous fait bien augurer de l'avenir.

Un point me semble particulièrement intéressant dans cette

observation : c'est la rapidité de la guérison. Opérée le 12 décembre 1892, la malade a quitté l'hôpital, dans l'état que j'ai signalé, le 11 février 1893, c'est-à-dire deux mois après l'opération. Or, chez les opérés de Kappeler (tarsectomies), le temps nécessaire pour la guérison a varié entre quatre et douze mois ; il a été en moyenne de sept mois et demi. Chez une opérée du professeur Gross (de Nancy), par suite de différentes circonstances, il a été de vingt-deux mois.

Il me faut maintenant discuter la nature de l'intervention à laquelle je devais donner la préférence chez ma malade.

Je l'ai déjà dit, j'aurais volontiers conseillé une opération plus typique et plus radicale que celle que j'ai pratiquée : une amputation de jambe, car la désarticulation tibio-tarsienne elle-même n'était pas possible.

Je ne pouvais pas songer, bien entendu, aux moyens simples tels que curage, tunnellisation ignée, ni même aux opérations parcimonieuses.

En effet, le pied était considérablement déformé, les lésions semblaient devoir être très étendues, puisque je me trouvais en présence de plusieurs trajets fistuleux situés en dedans, en dehors, sur la face dorsale, sur la face plantaire du pied. Du reste, ne sait-on pas qu'il est si facile, au squelette tarso-métatarsien, de se faire illusion sur l'étendue du mal ; on croit souvent avoir affaire à une lésion très limitée ou assez circonscrite, on part en campagne pour extirper un, deux ou trois os et l'on tombe sur des lésions étendues à tout le squelette ; dès lors, on est obligé de changer son plan opératoire et une amputation termine quelquefois la scène.

Il était donc à craindre de laisser des traînées, des parties suspectes, d'autant plus que notre jeune fille n'habitant pas Bordeaux, on devait la perdre de vue, et l'on n'aurait pu, ainsi que l'a recommandé le professeur Poncet [1] (de Lyon) au V° Congrès de chirurgie, — l'on n'aurait pu, dis-je, surveiller la marche du processus réparateur et, par une série de retouches, détruire les fongosités qui repullulent, et achever peu à peu l'éradication définitive du tissu morbide. M. Poncet a même dit que, dans les trois cas qu'il a observés, jamais la tarsectomie n'a été totale d'emblée et l'intervention n'a jamais été complète en une seule séance.

Et puis, j'étais encouragé dans le choix d'une intervention radicale par les résultats que m'a donnés l'amputation de jambe [2] dans les cas de tuberculose tibio-tarsienne. J'ai eu l'occasion de

1. Poncet, *Congrès français de chir.*, 1891, p. 496.
2. A Bordeaux, nous pratiquons cette opération par un procédé dit *méthode bordelaise* ou *du Dr Dudon* (lambeaux postéro-externe et antéro-interne).

pratiquer 4 fois cette opération dans le courant de l'année dernière (2 fois à l'hôpital Saint-André, 2 fois en ville) et, si j'excepte un jeune garçon de dix-sept ans ayant eu des tuberculoses multiples, opéré à l'hôpital et mort le lendemain soir de l'opération (on ne sait comment, car dans la journée il était fort bien), je dois avouer que l'amputation de jambe m'a donné des résultats très encourageants. J'ai encore revu ces jours-ci une dame opérée depuis un an, qui se trouve aujourd'hui dans l'état le plus florissant que l'on puisse imaginer, alors qu'au moment de l'intervention elle était profondément cachectisée.

Pour toutes ces raisons, j'étais partisan d'une opération radicale.

Je me suis rabattu sur l'énucléation, sur la tarso-métatarsectomie pour les deux motifs que j'ai déjà signalés dans l'observation :

1° La jeune malade ne voulait à aucun prix se défaire de son pied; elle ne voulait même pas consentir à en perdre une certaine partie;

2° M. le professeur Demons m'avait conseillé de tenter une opération partielle et de me contenter d'extirper les parties malades, quitte à amputer plus tard, si cela devenait nécessaire.

Je m'en félicite aujourd'hui, puisque, pour le moment du moins, le résultat semble très satisfaisant.

Je ne m'étendrai pas sur le manuel opératoire; on a affaire, dans ces cas, à des opérations essentiellement atypiques; aussi est-on libre de faire des incisions dorsales, latérales (internes et externes), des incisions combinées; tout cela est fort variable et n'offre aucun intérêt; il faut se donner du jour pour voir clair et extirper le plus simplement et le plus sûrement tout ce qui est malade ou suspect.

La question de l'instrumentation ne m'arrêtera pas davantage; je rappellerai cependant les avantages qu'offre le davier-érigne du professeur Ollier.

Je me permets, en terminant, de rappeler au point de vue de l'historique de la tarsectomie totale, les travaux du professeur Ollier [1] et l'importante thèse de son élève Audry [2]. Signalons aussi les mémoires de Kappeler [3], Conner [4] et Isler [5], le rapport

1. Ollier, *Congrès franç. de Chir.*, 1885, p. 48 et 292. — *Congrès franç. de Chir.*, 1889, p. 80.
2. Audry, Les tuberculoses du pied (*Thèse de Lyon*, 1890).
3. Kappeler, Ueber grosse atypische Resectionen am Fusse (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1880, t. XIII, p. 432).
4. Conner, Excision of the tarsus (*Amer. J. of med. sc.*, 1883, t. LXXXIV, p. 362).
5. Isler, Ueber grosse atypische Resectionen am Fusse (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1890, t. XXXI, p. 213).

de notre maître, M. Berger [1], à la Société de chirurgie sur une opération pratiquée par M. Phocas [2] (de Lille); enfin la très intéressante communication du professeur Gross (de Nancy) [3] au Congrès de chirurgie de 1891, sur la résection totale du tarse dans les cas de tuberculose du pied. Ce travail m'a été très utile pour la rédaction de ma communication. Chez son opérée, M. Gross extirpa tous les os du tarse, ne laissant du calcanéum qu'une très mince coque postérieure, la surface d'insertion du tendon d'Achille,

Ces résections totales sont rares puisque, dans son travail, M. Gróss n'a pu en réunir que quelques cas.

Dans les différents travaux du professeur Ollier et dans la thèse d'Audry, il a relevé, sur 87 opérations de tuberculoses du pied, 8 tarsectomies complexes portant à la fois sur les deux segments du tarse, et 2 tarsectomies totales, ces dernières dues au professeur Poncet.

Dans les mémoires de Kappeler, Conner et Isler, qui relatent toutes les opérations des résections étendues du tarse pratiquées à l'étranger, M. Gross compte, après élimination des opérations qui ne se rapportent pas à des lésions tuberculeuses, ou pour lesquelles la nature des lésions n'est pas indiquée, 119 opérations parmi lesquelles il trouve 4 résections tibio-tarsiennes dues à Swain, Cotton et Kappeler, où il y eut en même temps excision des os du tarse, 6 opérations dues à Benthin, Sayre, Homens et Kappeler, dans lesquelles les sept os du tarse ont été plus ou moins complètement enlevés, 4 tarsectomies totales pratiquées par Iaesche, Conner et Jones; enfin 4 opérations dues à Conner et Kappeler où la résection d'une partie étendue du tarse a été accompagnée d'une résection partielle ou même totale du métatarse.

Phocas, sur un enfant de sept ans et demi, a énucléé tous les os du tarse, sauf les cunéiformes qui ne furent qu'évidés.

Quant aux résections du tarse et du métatarse, elles sont encore plus rares, si nous en croyons M. Gross, qui ne rapporte que les quatre opérations de Conner et Kappeler. Ces chirurgiens ont enlevé, chacun une fois, la totalité du métatarse et du tarse antérieur, avec la partie antérieure de l'astragale et du calcanéum. Dans les deux autres opérations, il s'agit de résections d'une partie étendue du tarse accompagnées d'une résection partielle du métatarse.

1. Berger, *Bull. Soc. Chir.*, 1891, p. 47.
2. Phocas, Tuberculoses osseuses multiples, ostéo-arthrites du tarse. Résection de presque tout le tarse, Guérison (*Bull. Soc. Chir.*, 1891, p. 47).
3. Gross, Tuberculose et résection totale du tarse (*Congrès franç. de Chir.*, 1891, p. 483).

Je puis dire que, chez ma malade, j'ai pratiqué une résection totale ou à peu près totale du tarse et du métatarse, puisque je n'ai laissé qu'une portion du calcanéum et simplement les têtes articulaires des métatarsiens. De ce fait, cette observation présente un certain intérêt.

CONCLUSIONS.

M'inspirant du résultat de mon observation personnelle et des travaux que j'ai signalés, je puis tirer les conclusions suivantes :

1° Les observations de tarsectomies totales sont rares; celles de tarso-métatarsectomies beaucoup plus rares;

2° Ces observations ont donné quelquefois des résultats vraiment remarquables non seulement au point de vue opératoire, mais aussi au point de vue thérapeutique;

3° On peut extirper une grande partie du squelette tarso-métatarsien sans compromettre forcément les fonctions du pied;

4° Des lésions même étendues des os du pied ne sont pas toujours et forcément justiciables de l'amputation;

5° Peut-être devrait-on avoir recours plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici aux résections étendues, totales, du squelette du pied;

6° A part la question d'âge et d'état général, il faut tenir le plus grand compte, dans le choix de l'intervention, de l'état des téguments de la région : sont-ils amincis, décollés, ulcérés, profondément atteints en un mot, c'est à l'amputation qu'il faudra s'adresser.

Deux observations de tuberculose du pied,

Par le Dr MOTY, Médecin-major de 1re classe, Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Les deux observations de tuberculose du pied que j'ai l'honneur de présenter au Congrès montrent toutes deux la gravité de cette localisation chez les sujets qui ont atteint ou dépassé l'âge moyen de la vie; toutes deux montrent également que la cause de cette localisation ne peut être rapportée ni à une pénétration directe du virus tuberculeux par une plaie du pied ni même à un traumatisme de la région, et qu'elle doit être en conséquence considérée comme attribuable à une infection générale qui évolue en ce point parce qu'elle y trouve des conditions locales favorables à son développement.

Voici les deux observations dont il s'agit :

Observation I. — M. L..., employé civil du ministère de la guerre, âgé de 34 ans, entré le 15 septembre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce pour une affection du pied droit remontant à deux mois.

M. L..., qui n'a pas d'antécédents héréditaires à signaler, est sujet depuis quelques années à des bronchites et à des coryzas fréquents, il a remarqué depuis trois ou quatre ans que son articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit présentait un gonflement manifeste assez indolent, permettant encore des marches éventuelles de 4 à 5 heures, mais l'empêchant de supporter des bottines étroites.

Deux mois avant son entrée, le gonflement s'est accusé davantage et la marche est devenue difficile; enfin un abcès s'est ouvert spontanément sans inflammation franche, et le pus continue à s'écouler depuis lors par une fistule siégeant au dos du pied : c'est dans ces conditions qu'il se présente à notre examen.

On reconnaît une tuméfaction périphérique de l'articulation malade et une fistule siégeant à un centimètre de l'interligne articulaire à la face dorsale du pied; l'orifice fistuleux mesure environ cinq millimètres, il est obstrué par des fongosités, et la peau qui l'environne est chaude et violacée dans un rayon de 3 à 4 centimètres autour de la fistule. Les mouvements de l'article sont peu douloureux, mais limités par l'induration capsulaire à un angle de 15 à 20°.

Il y a de la fièvre (38°,7 la veille et 38°,3 le jour de l'entrée), le facies du malade est pâle et l'amaigrissement assez accusé, les épididymes des deux côtés présentent des noyaux d'induration indolores, mais atteignent le volume d'un haricot; pas de sueurs nocturnes, pas de phénomènes thoraciques. Attouchement de la fistule avec des tampons imbibés de chlorure de zinc à 8 °/₀, pansement à la gaze iodoformée, repos, compression modérée, huile de foie de morue créosotée, 20 grammes. La température tombe bientôt, mais sans modification notable de l'état local, le diagnostic d'ostéo-arthrite fongueuse étant bien établi par l'ankylose de l'articulation, la forme globuleuse du gonflement, la marche de la maladie, etc.

Je déclare à mon malade que sa lésion durera sans doute fort longtemps et ne lui permettra peut-être jamais de marcher librement si l'on n'intervient pas.

Étant donné son âge, je me propose de pratiquer selon l'état des parties un évidement ou une résection de la tête du premier métatarsien ou une amputation partielle du pied. M. L... me laisse toute latitude.

Le 20 septembre, je pratique sous le chloroforme et après application de la bande d'Esmarch, une incision dorsale de 6 à 7 centimètres, parallèle à l'axe du métartasien, et je constate que la peau est infiltrée de fongosités jusqu'aux limites de mon incision, l'os est dénudé dans tout son tiers inférieur ; je sectionne rapidement avec la scie à chaîne la limite de la surface dénudée et j'enlève la tête du métatarsien malade, mais je vois alors que du côté plantaire le pus fuse autour du deuxième métatarsien, également dénudé sur une étendue d'un centimètre environ,

que l'infiltration tuberculeuse de la peau s'étend en dehors, au delà de cet os, et que l'intégrité de la portion conservée du premier métatarsien est fort douteuse.

Séance tenante je me décide à pratiquer la désarticulation de Lisfranc en utilisant la peau de la région plantaire qui est saine, et en sacrifiant celle de la région dorsale jusqu'à un centimètre au-dessous de l'interligne de Lisfranc.

Cette désarticulation s'exécute rapidement; après ablation de la bande d'Esmarch, la plaie est lavée avec la solution de sublimé $\frac{1}{1000}$ très chaude — torsion des artères, — chauffage des surfaces cruentées avec un gros thermo-cautère, affrontement du lambeau plantaire avec la peau et les tendons dorsaux, par deux points de suture profonds et cinq superficiels. Les angles de la plaie, largement ouverts, reçoivent deux drains de gaze iodoformée. Pansement compressif. — Le 24, premier pansement; la température monte tous les soirs un peu au-dessus de 38°, cependant la plaie est en parfait état; ablation des drains de gaze iodoformée, attouchement au chlorure de zinc au $\frac{1}{12}$ et tampons de naphtol camphré.

Le 29 septembre, je laisse le malade se lever dans un fauteuil.

Le 1er octobre, petite hémorragie hier soir, — ablation des sutures, réunion dorsale complète; l'hémorragie partait de l'angle externe probablement tiraillé accidentellement, pansement au chlorure de zinc et au bismuth.

Le 4, le 10, le 16, même pansement et chauffage au thermo-cautère des angles de la plaie.

Au dernier pansement : bandelettes de Vigo, pansement ouaté épais.

1er novembre. Renouvellement des bandelettes après un bain légèrement antiseptique, chauffage des extrémités de la plaie en voie de cicatrisation; à partir de ce moment, le malade commence à marcher avec des béquilles.

Le 3 décembre, la commissure interne de la plaie n'est pas encore cicatrisée et la peau de la région dorsale voisine paraît menacée d'un retour offensif de l'affection; M. le professeur Robert, qui veut bien continuer le traitement du malade, applique des pointes pénétrantes de thermo-cautère et touche la plaie au chlorure de zinc : à partir de ce moment la cicatrisation s'achève lentement mais sans complication nouvelle, et le malade sort le 25 février avec un appareil lui permettant de marcher sans claudication.

Revu le 26 mars, il offre les apparences d'une parfaite santé, et a pris un certain embonpoint qui n'existait pas avant sa maladie. Il continue l'usage de l'huile de foie de morue créosotée, et marche de préférence avec des chaussures de feutre à semelles un peu fortes avec lesquelles il vaque à ses occupations, faisant sans fatigue une marche de deux ou trois kilomètres pour s'y rendre tous les jours.

Obs. II. — D..., militaire retraité, 57 ans, entré le 22 septembre 1892 à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pour des lésions très étendues du pied droit.

Nous relevons dans ses antécédents une contusion du genou du même

côté par suite de chute de cheval, contusion simple, sans aucune plaie cutanée, mais qui a été suivie d'arthrite chronique avec épanchements persistants encore aujourd'hui 20 ans après l'accident. De plus il dit avoir eu pendant l'hiver 1891-92 plusieurs bronchites assez sérieuses; le logement qu'il occupe depuis 1884 ne laisse rien à désirer au point de vue de l'aération. Dans les premiers jours de juillet 1892 et sans cause appréciable, le pied droit devient douloureux et s'engorge. Les pointes de feu appliquées alors parurent sans action et en août et septembre on dut à 3 reprises pratiquer des ouvertures d'abcès aux bords interne et externe du pied et enlever par la dernière incision quelques fragments osseux nécrosés; cependant son état continue à s'aggraver et voici le résultat de notre examen à son entrée au Val-de-Grâce. État général mauvais, sénilité précoce, cheveux complètement blancs, rien dans les viscères, rien aux épididymes, fait fréquent chez le vieillard.

Le pied droit complètement fongueux et ankylosé dans l'extension porte cinq fistules suppurantes dans la région tarsienne; la jambe n'est pas œdématiée, mais le genou est distendu par un épanchement assez considérable; les surfaces articulaires sont rugueuses, la peau qui les recouvre est un peu plus chaude que du côté opposé. Il y a enfin au côté externe de la cuisse un œdème blanc remontant jusqu'au grand trochanter; je pose le diagnostic d'ostéite tuberculeuse des os du tarse et d'arthrite sèche ancienne du genou. Je préviens le malade que le sacrifice de son membre paraît indispensable, et que l'état du genou oblige à faire l'amputation de la cuisse sous peine d'aboutir à un résultat fonctionnel des moins satisfaisants, et je lui prescris immédiatement l'huile de foie de morue créosotée.

Le 28 octobre, je fais sous le chloroforme l'amputation de la cuisse par le procédé circulaire avec ischémie préalable. Hémostase facile, chauffage du tissu cellulaire œdématié au thermo-cautère, suture profonde et superficielle; deux drains.

Le 30. — Ablation des drains, pansement à la gaze iodoformée. Suites des plus simples, à part un accès de délire nerveux au cinquième jour, avec insomnie entraînant des déplacements fréquents du pansement qui n'ont heureusement aucune suite fâcheuse. Malgré l'œdème signalé la réunion se fait par première intention et le malade sort le 21 décembre muni d'un appareil.

A la date du 25 mars il m'écrit qu'il est complètement guéri et qu'il marche avec son appareil et le supporte bien.

L'examen des pièces anatomiques offre un certain intérêt, car il montre que dans les deux cas le mal est parti d'une portion d'os spongieux pour gagner ensuite la peau.

La tête du premier métartasien (obs. I) présente un bourrelet osseux péri-articulaire de nouvelle formation; le cartilage est complètement détruit; à la coupe on constate que le quart interne de la tête métatarsienne est anormalement poreux, et présente des vacuoles deux ou trois fois plus larges que dans le reste de la surface de section. Quelques-unes d'entre elles s'ouvrent sur la surface articulaire dépouillée de cartilage; sur les autres points on reconnaît les altérations décrites par

M. le professeur Lannelongue dans son *Traité de la tuberculose osseuse* (1881) : foyers de dégénérescence grise avec congestion périphérique sans production de tubercules caséeux et sans nécrose ni caverne. La moitié supérieure du métatarsien et les autres os paraissent sains.

Dans l'observation II, les lésions sont plus étendues; les orteils et les métatarsiens sont intacts, mais le deuxième cunéiforme présente une raréfaction évidente de son tissu; le cuboïde et le scaphoïde sont intacts, mais le calcanéum et l'astragale sont soudés entre eux et présentent tout autour de leur ancienne articulation des foyers d'ostéite raréfiante qui se propage sur le calcanéum, du côté du tendon d'Achille; stalactite osseuse au côté externe de l'astragale et effondrement de sa face calcanéenne, de telle sorte que la surface opposée à la portion péronière de la mortaise surplombe une sorte d'ulcération osseuse astragalo-calcanéenne; il reste un noyau sain du volume d'une noisette au centre de l'astragale. Enfin la partie articulaire supérieure de cet os porte un grand nombre d'érosions dont la plupart sont régulièrement circulaires et creusées en verre de montre et dont quelques-unes pénètrent profondément vers les foyers d'ostéoporose voisins. Le cartilage articulaire a disparu.

Le péroné offre une hypérostose périostique en stalactites agminées recouvrant toute sa portion malléolaire, et remontant en s'effaçant jusqu'à la partie moyenne de l'os; on distingue très bien les limites de l'os ancien plus dense, non nécrosé; le cartilage articulaire est résorbé et la surface sous-jacente érodée comme celle de l'astragale.

Mêmes lésions plus avancées du côté du tibia, qui offre vers l'articulation tibio-péronière une petite portion d'os en voie de se séquestrer, la couche osseuse périostique de nouvelle formation atteint 4 millimètres d'épaisseur, et se détache assez facilement de l'os ancien; cette lésion remonte jusqu'au tiers moyen du tibia, elle reste plus accusée en arrière et en dedans.

Le genou renferme un liquide louche chargé de détritus cartilagineux; la synoviale est épaissie, les cartilages articulaires ont disparu, les ménisques cartilagineux sont réduits à une lamelle de deux à trois millimètres de largeur adhérente à la capsule; le ligament croisé antérieur a disparu presque complètement, mais aucune des surfaces osseuses ne présente d'érosion; les condyles du fémur et la rotule présentent un bourrelet d'hyperostose périostique à la limite du cartilage détruit, lésion que l'on observe aussi à la tête du tibia : enfin les épiphyses concourant à la formation du genou présentent de petits noyaux de résorption peu accusés, indices d'une tuberculose de date récente en évolution, tandis que les lésions intra-articulaires, de date très ancienne, nous paraissent attribuables à une arthrite sèche d'origine traumatique.

On voit par ces deux observations et les notes anatomo-pathologiques qui les suivent, combien il est difficile de déterminer les limites des tuberculoses osseuses en général. Les lésions si bien décrites par M. le professeur Lannelongue correspondent à une période relativement avancée de l'évolution des tubercules et notre première observation montre bien que des parties saines

en apparence peuvent être envahies déjà sans que l'examen le plus attentif puisse le faire reconnaître au cours d'une opération. On n'est donc jamais certain d'avoir atteint les limites du mal, surtout quand on s'en tient à l'ablation partielle d'un os malade; et après avoir craint d'avoir fait un trop large sacrifice dans ce premier cas, je me suis félicité d'avoir agi ainsi en voyant réapparaître, un mois après, des fongosités dans une partie où je n'avais pu trouver aucun signe de dégénérescence.

L'examen des pièces montre également que c'est dans le tissu spongieux des os que s'est développé le foyer tuberculeux : or le virus tuberculeux ne peut être apporté en ce point que par le sang artériel, ce qui démontre, à défaut de preuves bactériologiques, que le bacille de Koch peut passer dans le sang. La lenteur de la circulation dans le tissu spongieux des os explique pourquoi c'est là qu'il s'arrête de préférence, même en l'absence de toute influence traumatique; mais en raison même de ce processus pathogénique on n'est jamais certain d'être en face d'un foyer réellement unique et nous pensons que dans la plupart des cas la généralisation de la tuberculose, quand elle se produit, est primitive et non pas secondaire à une tuberculose externe dite locale d'où elle aurait ensuite émigré. Une fois établie dans un ou plusieurs os, la tuberculose peut rester latente et guérir sans suppuration sous l'influence d'un traitement général; mais elle peut aussi se propager par continuité du tissu et alors la formation quelquefois tardive du pus n'est elle-même qu'un procédé de guérison naturelle par l'expulsion des éléments infectieux que la résistance organique n'a pu détruire. On voit dans ce cas les fongosités envahir l'articulation et le tissu cellulaire péri-articulaire, et la peau dégénérer à son tour et s'ulcérer enfin pour laisser passage au pus. Plus l'individu avance en âge, plus sa résistance s'affaiblit, plus la suppuration est probable, plus la réparation est difficile, et plus le chirurgien doit être sobre d'intervention nécessitant un effort consécutif de l'organisme.

S'il était permis de tirer des conclusions d'un aussi petit nombre de faits, je dirais :

1° Que toutes les tuberculoses osseuses du pied sans origine infectieuse externe, directe et manifeste, doivent être considérées comme l'expression d'une maladie générale et nécessitent avant tout un traitement général ;

2° Que chez l'adulte et le vieillard ce traitement est insuffisant et que les lésions osseuses locales appellent un traitement chirurgical qui doit être d'autant plus simple et d'autant plus radical que le sujet est plus âgé, son état général plus mauvais et sa lésion plus étendue.

M. Campenon (de Paris). — J'ai réuni 13 cas de tuberculose du pied laissant l'articulation tibio-tarsienne indemne, et tous ces cas se rapportent à des malades que j'ai suivis pendant deux ans au moins, et, pour quelques-uns, pendant sept à huit ans, après les avoir traités par différents procédés, suivant l'état des lésions.

Lorsqu'on est en présence d'un empâtement pur et simple, sans suppuration, sans fistules, l'immobilisation et la compression peuvent suffire à donner des résultats parfaitement favorables et à amener la guérison absolue, après un temps plus ou moins long; c'est ce qui est arrivé chez trois de mes malades.

Quand, au contraire, il s'agit de tuberculose du pied en voie de suppuration, il faut intervenir chirurgicalement par un évidement ou une résection partielle, ou, lorsque toute une rangée transversale du tarse est atteinte, par une opération méthodique parfaitement réglée, ou enfin par une amputation, lorsque les lésions remontent trop haut. Chez tous mes malades, en employant un mode d'intervention ainsi proportionné à l'étendue du mal, j'ai obtenu des résultats très satisfaisants.

Sur le traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied,

Par le Dr Michel Gangolphe, Professeur agrégé, Chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Les faits de tuberculose des os du pied que j'ai pu observer personnellement sont nombreux : cependant je n'ai pu retrouver dans mes notes qu'une cinquantaine d'observations, quelques-unes fort incomplètes. Cela tient sans doute à ce que ces cas constituant la monnaie courante de nos services, paraissent moins dignes d'intérêt. Nous ne croyons pas exagérer en affirmant que plus de la moitié des malades traités n'ont pas laissé de traces dans les registres d'observations. Ce n'est donc pas seulement sur les faits indiqués plus loin que nous baserons nos conclusions, mais encore sur l'impression générale fournie par la pratique courante.

Notre statistique est encore bien jeune, puisqu'elle est le résultat d'observations recueillies pendant les suppléances que nous avons faites à la Charité, à l'Hôtel-Dieu et à la Croix-Rousse (1886, 87, 88-89), et enfin dans notre service fixe pendant ces trois dernières années 1890, 91, 92. Nous avons pensé cependant qu'elle pouvait offrir quelque intérêt :

Voici sommairement indiquée la localisation principale des lésions, la thérapeutique mise en usage et les résultats obtenus :

I. — *Lésions tuberculeuses du cou-de-pied : 25 cas.*

a. — Ostéites *de l'extrémité inférieure du tibia : articulation tibio-tarsienne intacte*, 3 cas; curetage, évidement, guérison.

Sujets adolescents.

b. — Ostéites *de l'extrémité inférieure du péroné*, 2 cas :

1° Résection sous-périostée de la plus grande partie de la malléole externe; curage et cautérisations intra-articulaires; guérison; pied nettement dévié en valgus; le port d'un appareil est nécessaire. Jeune femme de vingt et un ans.

2° Curage, cautérisation. Guérison parfaite. Jeune homme de quinze ans.

c. — *Ostéo-arthrites tibio-tarsiennes*, 20 cas :

13 amputations : 3 au lieu d'élection, 5 au 1/3 inférieur, 3 désarticulations (Jules Roux), 2 désarticulations (Syme modifiée par Ollier).

5 ablations de l'astragale : quatre guérisons, une amputation ultérieure.

1 abstention,... mort rapide par granulie.

1 cautérisation et curage intra-articulaires. Drainage.
Enfant de quatre ans, mort douze jours plus tard de méningite tuberculeuse.

20

II. — *Calcanéum : 7 cas.*

3 opérations partielles : curage, évidement, cautérisations. Sujets de onze ans, quatorze ans, dix-sept ans. Guérison complète.

3 résections sous-périostées, sujets adultes : 1 guérison constatée un an après l'opération; 2 résultats immédiats satisfaisants, ultérieurs, inconnus, mais vraisemblablement bons.

1 amputation de jambe ou 1/3 inférieur, sujet de soixante-douze ans.

7

III. — *Ostéo-arthrite calcanéo-astragalienne : 1 cas.*

1 opération partielle. Evidement, curage, cautérisations, guérison complète pendant quatre ans et demi, récidive. Femme de cinquante-neuf ans.

IV. — *Calcanéum et cuboïde : 1 cas.*

1 opération partielle : évidement, curage, cautérisations. Le cuboïde a été complètement enlevé. Guérison parfaite. Jeune homme.

V. — *Cuboïde : 2 cas.*

2 ablations complètes du cuboïde avec curage et cautérisations des tissus avoisinants. Deux résultats parfaits. Fillette de quatorze ans. Garçon de dix-sept ans.

VI. — *Scaphoïde et cuboïde : 1 cas.*

1 ablation complète de ces deux os, plus la tête de l'astragale : résultats douteux; en traitement. Jeune fille de seize ans.

VII. — *Scaphoïde, cuboïde, cunéiforme : 9 cas.*

1 tarsectomie antérieure totale, amputation de jambe au tiers inférieur, femme de quarante-cinq ans.

8 ou 10 amputations (probablement davantage). Etat général mauvais. Syme modifiée par Ollier [1]. Sujets adultes et vieillards.

—
9

VIII. — *Métatarsiens : 4 cas.*

3 résections de la moitié ou des trois quarts antérieurs du premier métatarsien.

1 ablation du premier métatarsien.

2 résultats parfaits (résections) constatés plusieurs mois après l'opération, sujets de seize, vingt ans; 2 résultats inconnus, mais satisfaisants déjà au moment de la sortie de l'hôpital.

—
4

IX. — *Orteils : 1 cas.*

1 désarticulation du gros orteil, bon résultat. Jeune homme.

Envisagés d'une manière générale, les résultats précédents viennent corroborer complètement les conclusions de l'importante thèse de M. Audry [2], travail fait avec les documents de la clinique de M. Ollier.

Les opérations conservatrices *partielles* (évidement, curage, cautérisations), ou totale (résections typiques), fournissent des résultats fort divers, suivant l'âge des sujets.

Dans l'enfance, et même jusqu'à dix ou douze ans, nous avons souvent obtenu de très bons résultats par l'arthrotomie ignée, le curage, l'évidement des foyers fongueux.

La persistance de la tuméfaction et des douleurs, malgré l'immobilisation, les révulsifs, le traitement général, indique une intervention; celle-ci doit être plutôt hâtive; on écourte la durée de la maladie en prévenant son extension.

On ne doit jamais oublier l'importance du traitement général et notamment du séjour à la montagne ou au bord de la mer.

Comme le fait justement remarquer Audry, le pronostic prochain des tuberculoses du pied chez les enfants ne serait pas très grave, s'il n'était assombri par l'imminence redoutable de la méningite tuberculeuse.

1. Ollier, *Revue de chirurgie*, 1882.
2. Audry (Ch.), *Tuberculose du pied*, thèse de Lyon, 1890.

Certains chirurgiens sont devenus abstentionnistes à outrance pour avoir vu une intervention, même limitée, suivie de poussées méningées. Un de nos opérés, âgé de quatre ans et demi, est mort de méningite, douze jours après une arthrotomie ignée du cou-de-pied.

Nous ne pensons pas qu'il y ait là une contre-indication. La destruction d'un foyer tuberculeux avec l'emploi de l'hémostase préventive et du fer rouge, diminue plus qu'elle n'exagère les chances de généralisation.

Au surplus, la constatation habituelle dès le début d'une adénopathie inguinale prouve que l'infection à distance se fait de bonne heure.

Nous pensons que les résections typiques, celle de l'astragale entre autres, ne peuvent donner que d'excellents résultats et nous y recourrons volontiers le cas échéant.

De dix à trente ans, c'est aux résections typiques qu'il faut donner la préférence. La plupart de nos sujets guéris avec d'excellents résultats fonctionnels sont compris entre ces deux limites d'âge.

Nous avons enlevé l'astragale, le tarse antérieur sur des sujets âgés de plus de quarante ans : ils ont dû subir quelque temps après l'amputation de la jambe. Par contre, nous avons pu, sur une femme de cinquante-neuf ans, pratiquer le curage, l'évidement d'un foyer astragalo-calcanéen et obtenir un résultat fonctionnel très satisfaisant pendant quatre ans et demi. Au bout de ce temps, une fistule reparut et l'an dernier la malade entra dans mon service avec des troubles cardio-pulmonaires auxquels elle succomba et qui contre-indiquaient toute nouvelle opération.

Mais ce n'est là qu'une exception ; on a vu plus haut que les interventions partielles ont toutes été pratiquées sur des jeunes gens et nous ont donné de très bons résultats. A côté de l'âge, il est un autre élément plus important encore, s'il est possible, et qui doit jouer un rôle décisif dans le choix de l'intervention : c'est l'état général.

Cette question des interventions chez les tuberculeux a été bien étudiée et mise en relief par Ollier.

Ce qui fait la gravité des tuberculoses du pied, et aussi des opérations conservatrices qui leur sont applicables, c'est la nécessité d'un séjour prolongé au lit. La nutrition souvent mauvaise s'altère de plus en plus et le patient se trouve dans les pires conditions pour résister à la maladie.

Aussi ne doit-on se résoudre à une opération conservatrice partielle (évidement), ou totale (résection), qu'après un examen minutieux du sujet.

L'indication vitale doit primer l'indication orthopédique.

Si les poumons sont suspects, on doit se montrer fort réservé. C'est ici que l'examen des crachats et *surtout de la température* est nécessaire; cette dernière recherche, faite régulièrement dans mon service, peut fournir des données précieuses : l'existence de la fièvre tuberculeuse doit commander l'abstention le plus souvent.

Du moment où l'on est en présence de tuberculeux avérés, *il faut amputer*. Comme on le voit, nous avons pratiqué 21 amputations d'emblée pour tuberculoses du pied; la plupart chez des sujets âgés ou tuberculeux, mais tous ayant plus de quarante ans, le plus âgé avait soixante-douze ans.

Trois autres sujets ont été amputés : le premier après une tarsectomie antérieure totale, le second après une ablation de l'astragale, le troisième après une désarticulation tibio-tarsienne faite dans un autre hôpital et suivie d'une répullulation fongueuse étendue, tenace. A l'exception de l'un d'eux, mort de tuberculose pulmonaire trois mois plus tard, les autres amputés furent très améliorés.

La suppression d'un foyer infectieux, des douleurs,.... a été suivie rapidement du retour de l'appétit, du sommeil et par cela même de l'embonpoint et des forces. Sur l'un de nos sujets, nous avons noté la disparition de l'albumine.

Une seule fois, l'état général était si mauvais que nous nous sommes abstenu. La température prise le jour de l'entrée du malade nous avait mis en garde; peu après celui-ci succombait à une granulie suraiguë.

L'existence de l'albumine bien souvent constatée n'est nullement une contre-indication; on usera du régime lacté et on évitera les solutions de sublimé. Il sera bon d'instituer un traitement tonique quelque temps avant l'opération pour remonter l'état délabré de certains sujets, état qui tient souvent à leur misère plus qu'à leur affection.

En ce qui concerne le manuel opératoire que nous avons employé, nous serons bref; c'est la technique décrite par Ollier et que nous lui avons vu souvent mettre en usage pendant que nons étions attaché à son service.

Presque toujours le fer rouge a complété l'œuvre du bistouri; nous avons à peu près constamment drainé ou tamponné avec des lanières de gaze iodoformée. On peut rechercher et obtenir la réunion immédiate, à la condition d'un nettoyage parfait des fongosités et d'une bonne asepsie, toutefois il ne faut pas trop sacrifier à cette tendance si justifiée ailleurs.

L'immobilisation du membre opéré a été obtenue par l'emploi de demi-gouttières plâtrées. Nous n'avons jamais eu d'accidents

consécutifs. En règle générale, le pansement est fait au bout de trois semaines.

Ultérieurement, on peut le faire plus fréquemment, surtout si l'on s'aperçoit d'une repullulation fongueuse.

Les injections de baume du Pérou créosoté et les badigeonnages de chlorure de zinc, le nitrate d'argent, exceptionnellement le fer rouge, permettent de les combattre. Il est bien entendu que, grâce à l'immobilisation dans l'attelle plâtrée supprimant la douleur, les sujets peuvent et doivent être transportés au grand air dès les premiers jours. En même temps on les alimentera le plus possible.

Le traitement orthopédique post-opératoire est minutieux et nécessite une surveillance attentive. En général, il faut éviter l'équinisme et, dans certains cas d'ablation de l'astragale, veiller à ce que le talon ne soit pas chassé en avant.

Les positions vicieuses en valgus ou varus sont plus rares et plutôt à craindre après les opérations sur les malléoles.

L'emploi des bandages plâtrés, d'une bande de caoutchouc, plus tard de souliers avec tuteurs latéraux, rendront de grands services. Il ne faudra pas négliger les frictions, le massage, l'électricité pour ranimer la nutrition des muscles.

Bien qu'il soit fort difficile de préciser la date à laquelle les sujets opérés peuvent marcher, on peut dire :

Que la résection de l'astragale nécessite 4 ou 5 mois; celle du calcanéum, 3 mois. L'extirpation du cuboïde seul nous a donné dans deux cas de très bons résultats; un an et demi et deux ans plus tard, les sujets marchaient très bien sans appareil et sans déformation notable du pied. La cavité résultant de l'extraction de l'os malade avait mis plusieurs mois à se combler (fillette de quatorze ans, garçon de dix-sept ans); nous pensons donc que cette tarsectomie partielle n'est pas à dédaigner, surtout chez de jeunes sujets.

Quatre malades ayant subi l'ablation de l'astragale ont quitté l'hôpital marchant facilement; tout nous fait croire qu'il en est encore ainsi à l'heure actuelle.

Notons que le pied était en bonne position, mais le cou-de-pied immobile.

Après la résection du calcanéum, nous avons obtenu trois résultats immédiats satisfaisants. Deux malades ont été perdus de vue. Quant au troisième (jeune fille de vingt ans), il a pu travailler dans une ferme. Trois ans plus tard, nous avons dû l'amputer pour une ostéite du péroné très étendue.

Dernièrement, nous avons enlevé le scaphoïde et le cuboïde sur

une malade de 16 ans; bien qu'il soit difficile de se prononcer sur le résultat définitif, tout nous fait croire qu'il sera bon.

Quant à la tarsectomie antérieure totale, nous y aurions volontiers recours, à la condition d'un état général suffisamment bon. Les faits contenus dans la thèse de Chobaut (Lyon, 1889) et que nous avons pu maintes fois constater, montrent ce qu'on peut en attendre.

Nous terminerons en faisant remarquer que les bons résultats fonctionnels obtenus après la résection sous-périostée de la plus grande partie du premier métatarsien doivent engager à pratiquer cette opération.

M. Phocas (de Lille). — Il n'est pas possible de donner une formule thérapeutique invariable applicable à toutes les tuberculoses du pied. On peut seulement discuter les indications de l'immobilisation et de la compression, qui réussissent souvent chez les enfants, ainsi que l'opportunité des injections modificatrices et de la méthode sclérogène. Le grattage et la thermo-cautérisation réussissent souvent, chez les tout jeunes enfants, dans les tuberculoses osseuses avec fistules; deux fois j'ai appliqué cette méthode avec succès. Chez les enfants plus âgés, je pratique plus volontiers des résections. L'astragalectomie est excellente dans ses résultats éloignés; sur trois opérations, j'ai eu une récidive un an après l'intervention, et l'enfant a guéri. Dans deux cas, j'ai pratiqué une large tarsectomie, comprenant les deux os de la rangée postérieure du tarse et l'extrémité du tibia, dans le premier de ces cas, tous les os du tarse, sauf une partie des trois cunéiformes, dans l'autre. Les opérations datent de trois ans et de dix mois; la forme du pied ne laisse rien à désirer et soutient avantageusement la comparaison avec le meilleur résultat de l'opération de Wladimiroff, intervention que je crois peu indiquée chez l'enfant.

J'ai amputé une seule fois à la suite de l'insuccès de la résection et de récidives fréquentes ayant épuisé la santé générale : l'enfant a guéri.

Une résection du calcanéum, une autre du premier métatarsien avec greffe osseuse, ont eu un heureux résultat.

Tous mes opérés sont vivants, sauf un qui avait subi un grattage et qui a succombé à une généralisation tuberculeuse trois mois après l'opération.

M. Vaslin (d'Angers) communique une observation d'ostéite tuberculeuse du cinquième métacarpien, dans laquelle il a pra-

tiqué la résection de cet os avec conservation du petit doigt, qui possède actuellement tous ses mouvements.

Tuberculose du pied. — Considérations sur l'amputation du pied par le procédé de Syme,

Par le Dr POTHERAT, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire vous présenter le moulage d'un moignon d'amputation du pied, faite par le procédé de Syme, afin de vous montrer les résultats et les avantages de ce procédé. Il s'agissait d'une tuberculose du pied; l'opération a été faite il y a près de deux ans, et le moulage fut effectué dix-huit mois après l'intervention; il est donc la représentation d'un état définitif.

Le malade était un jeune homme de dix-neuf ans, issu d'un père et d'une mère ouvriers des faubourgs de Paris, morts de tuberculose pulmonaire peu d'années après sa naissance. — Vers l'âge de dix-sept ans, il fut lui-même atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. — Après des alternatives d'aggravation et d'amélioration, au milieu d'accidents inflammatoires multiples, en l'absence d'ailleurs de tout traitement rationnel, l'affection avait gagné de proche en proche. Quand je le vis pour la première fois, il avait un pied dans l'état le plus lamentable, volumineux, tuméfié, troué de nombreux orifices par lesquels s'échappaient du pus, de la sanie puriforme ou de la sérosité. — Toutes les articulations étaient atteintes, à un degré variable, sauf celles du calcanéum qui paraissaient encore saines malgré le mauvais état des parties molles circonvoisines. Inutile d'ajouter que le malade était condamné au lit; tout son traitement consistait à se couvrir de cataplasmes, ce qui ne calmait pas les pénibles souffrances qu'il ressentait.

Néanmoins l'état général était resté relativement bon et les principaux viscères m'avaient paru indemnes de tuberculose.

Rien ne s'opposait donc à l'ablation de cette tuberculose locale. Mais cette ablation ne pouvait, à mon avis, être suffisante sans une exérèse totale du pied.

La désarticulation tibio-tarsienne résolue, je me demandai par quel procédé j'allais la réaliser. L'état des parties molles profondément altérées, soit par l'envahissement tuberculeux, soit par des popagations inflammatoires vulgaires, jusqu'au voisinage du talon, me mettait dans l'obligation de renoncer à tout procédé à lambeau dorsal (Baudens), ou plantaire (Roux), ou même à la fois dorsal et plantaire. Il me parut que seul un lambeau talon-

nier me permettait d'opérer en tissus suffisamment sains. Je pensai donc que le procédé applicable était celui que Malgaigne avait un peu vaguement indiqué dans son *Traité de médecine opératoire* et que Syme a réalisé. Mais ce procédé est accusé d'être d'une exécution assez difficile, d'exposer à la section de l'artère tibiale postérieure avant la naissance des artères plantaires, et comme conséquence à la gangrène du lambeau.

Malgré cela, après un certain nombre d'exercices sur le cadavre, je me décidai à le pratiquer chez mon malade. J'eus lieu de m'en féliciter. Je pus assez facilement mener l'opération à bien, j'obtins une réunion par première intention et un mois après mon opéré marchait sur son moignon, c'est-à-dire sur la peau même du talon, habituée à supporter les pressions, et bien coussinée par la graisse sus et rétro-calcanéenne, et les parties fibreuses péri-calcanéennes conservées avec soin. — Aujourd'hui il marche facilement, sans canne, presque sans claudication grâce à un soulier spécial; il a renoncé à ses occupations aux champs qu'il eût pu continuer aisément et s'est, contrairement à mon avis, choisi le métier pénible et plus fatigant de sabotier qui exige la station debout continue avec point d'appui fréquent sur les membres inférieurs; néanmoins il l'exerce facilement, et n'était la nature de l'affection, rien ne viendrait aujourd'hui obscurcir l'avenir de cette intervention.

Au sujet du procédé de Syme, j'ajouterai en terminant qu'il ne me paraît pas d'une exécution difficile, car j'ai pu chez mon malade le mener à bien sous le chloroforme, sans aide autre que celui chargé de l'anesthésie; qu'avec un peu d'attention on peut ménager l'artère tibiale postérieure et la couper au delà de la naissance des deux plantaires, qu'enfin un des éléments les plus importants de succès réside dans la réunion immédiate, et que celle-ci est aujourd'hui réalisable facilement. Le procédé de Syme, qui permet une désarticulation tibio-tarsienne avec un grand minimum des parties molles du pied, contrairement aux autres procédés, qui donne des résultats fonctionnels au moins égaux aux procédés à lambeau plantaire ou dorsal, et bien supérieurs à ceux de l'amputation sus-malléolaire, me paraît mériter l'estime des chirurgiens et devoir occuper une place importante dans la chirurgie du pied.

M. OLLIER adopte l'opération de Syme : mais il se sert du détache-tendon, et ne garde en somme du procédé primitif que l'incision.

Tuberculose du pied,

Par le Dr Coudray (de Paris).

J'ai appliqué la méthode sclérogène de Lannelongue à seize cas de tuberculose du pied.

Sur sept cas d'ostéo-arthrite du cou-de-pied, un relatif à une femme de trente-cinq ans, atteinte d'ostéo-arthrite non suppurée, s'est terminé par la sclérose; les piqûres de chlorure de zinc ont été faites le 29 février 1892. Au bout de trois mois, la malade a marché, la guérison est confirmée depuis dix mois.

Les six autres faits sont relatifs à des cas anciens et suppurés, trois sans fistule, trois avec fistule.

Dans un cas, il s'agissait d'un homme de trente-six ans, antérieurement traité par des chirurgiens compétents; depuis trois ans, la possibilité d'une amputation avait été indiquée au malade; il y avait une fistule à la partie externe de l'articulation, des fongosités synoviales; les piqûres faites donnèrent naissance en quelques jours à des foyers fluctuants qui permirent de guider l'intervention; je fis un évidement de la malléole externe et de l'interne, un drainage rétro-malléolaire externe. Les plaies furent guéries en deux mois environ, et le malade est actuellement guéri depuis quatorze mois.

Les cinq autres cas ont été observés chez des enfants de deux à six ans. Quatre fois sur ces cinq cas je fus conduit à extirper l'astragale raréfié, carié.

Tous ces malades sont guéris depuis plus d'un an et marchent très bien.

Dans le cinquième cas, je fis cette extirpation de l'astragale et consécutivement, au bout de quelques mois, je dus pratiquer un grattage et évidement du calcanéum qui était également atteint; ce dernier malade est guéri depuis peu de temps.

Sept cas de tuberculose du tarse et du métatarse étaient anciens.

L'un, relatif à une femme de vingt-deux ans atteinte depuis deux ans d'une ostéite de la deuxième rangée du tarse et de l'extrémité postérieure des métatarsiens, s'est terminé par sclérose à la suite d'une seule injection pratiquée le 29 septembre 1890. La malade a marché au bout de trois mois. La guérison est confirmée depuis plus d'un an.

Un second cas est celui d'un homme de quarante et un ans traité depuis 1876. Vu le 8 août 1891, ce malade présentait une fistule tarsienne externe; les piqûres faites, on pratiqua au bout de trois semaines l'opération complémentaire, qui consista dans l'évidement du cuboïde, de l'extrémité postérieure du quatrième méta-

tarsien et le grattage des fongosités dans la gaine du long péronier latéral. La plaie fut cicatrisée en deux mois. La guérison est confirmée depuis un an et demi.

Les cinq autres cas ont été observés chez des enfants de deux à quatorze ans; l'un est encore en traitement et les autres sont guéris depuis trop peu de temps pour que je me croie autorisé à citer les observations qui les concernent.

Deux cas de tuberculose des phalanges existaient chez des fillettes de dix à douze ans. Il y avait suppuration et en même temps fongosités de la gaine des fléchisseurs. Dans ces conditions, j'ai cru bon d'amputer les orteils quelque temps après les piqûres; la guérison, d'ailleurs, a été parfaite.

De ces faits, je crois pouvoir tirer les deux conclusions suivantes :

1° La tuberculose du pied, comme celle des autres régions, sera utilement combattue par la méthode sclérogène.

On trouvera bénéfice à l'employer, soit qu'on se trouve en face d'une tuberculose au début, et alors la guérison par sclérose pourra être obtenue; soit qu'on ait affaire à une tuberculose à évolution plus avancée. Dans ce cas, la méthode sclérogène révélera le siège et l'étendue des lésions et permettra ainsi une intervention prompte et sûre.

2° Cette intervention ne s'adresse qu'aux seules parties malades; aussi les opérés conservent-ils un membre non mutilé et par suite fort utile. A ce point de vue, la méthode sclérogène permet de porter la conservation à ses extrêmes limites.

Note sur les résultats éloignés de 30 ostéo-arthrites tuberculeuses du pied, traitées par la tarsectomie,

Par le Dr Jules Boeckel (de Strasbourg).

J'ai pratiqué 30 opérations pour des tuberculoses localisées à la région du tarse, dont :

11 extirpations et évidements du calcanéum;

11 extirpations de l'astragale;

8 tarsectomies totales *postérieures* (extirpation simultanée du calcanéum et de l'astragale) ou *antérieures* (cuboïde, scaphoïde, tête de l'astragale);

Soit au total 30 opérations, sans un seul décès opératoire.

24 de ces opérés sont restés définitivement guéris.

Deux ont dû être amputés après un et trois ans; le premier, un adulte de quarante-six ans, auquel j'avais extirpé l'astragale il y a un an, las de voir persister des fistules et pressé de reprendre

ses travaux, avait lui-même sollicité l'amputation, qu'à diverses reprises j'avais cru devoir retarder. Je finis par céder, un peu malgré moi, car j'ai la conviction qu'avec de la patience, cet homme, très vigoureux d'ailleurs, eût fini par guérir.

Le second, un ouvrier typographe d'une vingtaine d'années à peine, avait subi, il y a cinq ans, l'extirpation du calcanéum, du cuboïde et de la tête de l'astragale. Il s'était bien remis et avait pu reprendre sa profession fatigante pendant près de quatre ans. Depuis un an, évidemment sous l'influence de la station debout, son mal avait récidivé au niveau de la partie antéro-externe du calcanéum, qui présentait une fistule. Comme le précédent, ce malade réclamait à grands cris l'amputation, à laquelle je consentis finalement, à contre-cœur, je dois le dire, car une nouvelle résection lui eût, j'en suis convaincu, évité cette mutilation. En présence de son refus formel, il me fallut bien adopter une ligne de conduite différente.

Quatre opérés sont morts longtemps après mon intervention, soit :

1. *Deux* très jeunes opérés de tarsectomie postérieure totale, après huit mois et un an; tous deux de méningite tuberculeuse.

2. *Deux* de phtisie pulmonaire après un an et cinq ans. Le premier concerne un jeune homme auquel j'avais extirpé le calcanéum; le second est une femme guérie d'une tarsectomie *antérieure* depuis cinq ans. J'avais enlevé le scaphoïde, le cuboïde, l'extrémité antérieure du calcanéum, plus les 2e et 3e cunéiformes.

Mes 24 opérés survivants peuvent se classer comme suit :

1. Extirpations et évidements du calcanéum : *10 guérisons définitives* (après sept ans) sur 11 cas.

2. Extirpations de l'astragale : *10 guérisons* définitives (depuis 11 ans pour les plus anciennes) sur 11 cas.

3. Tarsectomies totales : 4 guérisons définitives sur 8 cas (8 à 12 et 19 ans de survie).

A. Extirpations du calcanéum. — Les 10 opérés de cette catégorie comprennent cinq enfants au-dessous de dix ans; deux sujets de trente à trente-cinq ans; trois de cinquante-six, soixante-trois et soixante-douze ans.

B. Extirpations de l'astragale. — Mes dix cas concernent tous des enfants; cinq fois j'ai fait la résection totale de l'astragale.

Cinq fois je me suis borné à faire l'évidement et le grattage de la poulie astragalienne, combinés à la synovectomie. Quatre de ces cas sont déjà fort anciens (11 ans) : c'est là leur principal intérêt. Ils montrent les résultats que l'on peut obtenir chez les très jeunes sujets, auxquels on fait subir cette opération. Les moules

que j'ai l'honneur de vous présenter sont très démonstratifs à cet égard.

Voici d'abord les moules en plâtre d'une petite fille de treize ans et demi, opérée à l'âge de deux ans et demi, il y a par conséquent onze ans, d'une arthrite fongueuse du cou-de-pied, datant de huit mois et traitée sans succès depuis lors.

Je l'opérai le 30 septembre 1882. Deux incisions de 5 centimètres, pratiquées à la partie antérieure de l'article à 1 centimètre des malléoles interne et externe, donnent accès dans la jointure, qui renferme du pus. Grattage de la synoviale et évidement de la poulie astragalienne. Extraction de nombreux fragments osseux cariés.

Désinfection au chlorure de zinc. Pas de ligatures. Drainage. Pas de réunion. Pansement iodoformé, appareil plâtré fenêtré.

Le 26 octobre (26ᵉ jour), cicatrisation absolue sans fistule. Un mois plus tard, mobilisation de l'article. Vers le 15 décembre l'enfant marche seul, sans appareil. Mouvements de flexion et d'extension libres. Six ans après, je revois ma petite opérée; voici les mensurations de son pied :

Pied *gauche*, 19 cent. longueur;
Pied *droit opéré*, 19 cent. longueur;
Jambe *gauche*, 30 cent. 1/2 longueur;
Jambe *droite*, 30 cent. 1/2 longueur;
Circonférence du mollet *gauche*, 25 cent.;
Circonférence du mollet *droit*, 25 cent.

Aujourd'hui, après onze ans, une certaine atrophie du bas de la jambe opérée persiste encore. Mais c'est tout.

Même résultat chez un autre enfant, opéré, à deux ans et demi, le 21 avril 1882, d'une affection identique, par le même procédé. (V. *Th. Nicolas*, Nancy, 1883, p. 82.) Voici les moules que j'ai fait faire récemment après onze ans. Il n'y a pas de différence de longueur entre les 2 pieds, comme vous pouvez le constater. J'ajoute que les mouvements, rétablis au bout de six semaines, ne laissent rien à désirer depuis lors.

J'en dirai autant de deux autres jeunes sujets de trois ans et demi et quatre ans, qui ont été opérés il y a 10 ans et qui jouissent à l'heure actuelle de la meilleure santé.

Un dernier cas rentrant dans cette catégorie de faits, concerne un garçon, âgé aujourd'hui de dix-huit ans. Atteint d'ostéo-arthrite suppurée du cou-de-pied, consécutive à une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia, il fut opéré une première fois par son médecin, il y a huit ans, à l'âge de dix ans. On lui fit deux incisions latérales en avant de chaque malléole. Ce fut tout : un an après, les plaies étaient restées fistuleuses. Je débride les cicatrices

le 11 mai 1886 sur une étendue de 12 centimètres et évacue le pus renfermé dans l'article, ainsi que d'abondantes fongosités. La poulie astragalienne est cariée, le plateau tibial perforé et le canal médullaire tapissé de fongosités, sur une hauteur de 6 centimètres. Résection de la poulie astragalienne avec la gouge et le maillet, curettage de la cavité médullaire du tibia. Désinfection et drainage, appareil plâtré.

Exeat au bout de 2 mois.

Fistule pendant huit mois, puis guérison définitive.

Je revois mon opéré au bout de trois ans. État de santé prospère. Pied ankylosé à angle droit. Le petit malade marche sans boiter; la claudication ne devient apparente que lorsqu'il court. Le pied est raccourci en longueur d'un demi-centimètre; les jambes sont d'égale longueur. Légère atrophie du mollet.

C. Tarsectomies totales. — Sur 8 cas, je note 4 guérisons définitives, qui datent de 4, 8, 12 et 19 ans. Je ne mentionnerai que ces deux derniers cas.

Voici d'abord les moules d'une femme de trente-quatre ans, opérée il y a douze ans, en juin 1881. Son histoire peut se résumer en quelques mots. Ostéo-arthrite du pied fistuleuse (partie moyenne), datant de dix ans. Amputation proposée et rejetée. Tarsectomie médiane, enlevant le scaphoïde, le cuboïde, l'extrémité des deux derniers métatarsiens, la tête de l'astragale et toute la partie antérieure du calcanéum, grâce à une incision allant de la partie postérieure de la malléole externe à l'extrémité du cinquième métatarsien. Pas de réunion. Tamponnement avec gaze phéniquée. Guérison définitive et sans fistules au bout de deux mois. La malade assiste à un mariage au bout de quatre mois et peut sans fatigue et avec facilité faire plusieurs tours de valse. Depuis lors la guérison ne s'est pas démentie. Les mouvements, grâce à la présence de la poulie astragalienne, sont parfaitement conservés. Le pied n'est nullement atrophié; il n'y a pour ainsi dire pas de difformité.

Un deuxième cas concerne un jeune homme âgé aujourd'hui de vingt et un ans. Il y a dix-huit ans (en 1875), il avait alors trois ans, je lui fis l'extirpation totale de l'astragale et du calcanéum. La plaie non réunie guérit au bout de deux mois. Le jeune opéré commença à marcher sans appareil vers la fin du cinquième mois. La guérison est restée définitive depuis lors. Il exerce depuis nombre d'années le métier de jardinier et fait à pied, sans fatigue aucune, 16 à 20 kilomètres, presque sans boiter. Les mouvements de flexion et d'extension se font librement au niveau du tarse antérieur. Les mensurations actuelles donnent les résultats suivants :

Longueur du pied gauche : 22 cent.;

— pied *droit opéré* : 18 cent.

Circonférence du pied au niveau du 5e métatarsien :
A gauche : 23 cent. — A droite : 21 1/2.
Circonférence du mollet :
A gauche : 36 cent. — A droite : 25 1/2.
Voici les moules de cet opéré pris après dix-huit ans.

Les quelques exemples que j'ai eu l'honneur de vous soumettre prouvent :

Que les résections du tarse donnent chez les enfants comme chez les adultes d'excellents résultats, à la condition d'être faites de bonne heure.

Elles permettent d'éviter le sacrifice de la jambe, qui constituait naguère l'unique planche de salut, et conservent un membre qui reprend avec le temps ses fonctions normales.

Note sur les déformations du pied, consécutives aux opérations pratiquées sur le premier métatarsien et ses articulations pour des affections tuberculeuses,

Par le Dr V. Ménard, Chirurgien de l'Hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

La tuberculose limitée au premier métatarsien et à ses articulations antérieure et postérieure est l'une des formes cliniques les plus fréquentes de la tuberculose du pied; j'en ai observé, depuis un peu plus d'un an, 11 cas à l'Hôpital maritime de Berck, tous compliqués de suppuration et de fistules.

Cinq de ces cas ont guéri ou sont actuellement à peu près guéris sans aucune intervention. Ils n'offrent aucune déformation importante, capable d'amener un trouble quelconque dans la configuration générale et dans les fonctions du pied. Tout au plus est-il intéressant de rappeler que les lésions de l'extrémité postérieure du premier métatarsien entraînent assez souvent, comme conséquence éloignée, un arrêt dans l'accroissement en longueur de cet os. Le fait est expliqué du reste par la situation du seul cartilage épiphysaire du premier métatarsien à son extrémité postérieure.

Dans les six autres cas, dont j'ai résumé les observations, on a pratiqué soit à Paris, avant l'envoi des malades à Berck, soit à Berck même, des opérations de nature diverse, des résections et des amputations.

Les résections ont porté : 1° sur l'extrémité antérieure du métatarsien et sur l'articulation métatarso-phalangienne (2 cas); 2° sur l'extrémité postérieure du même os (2 cas); 3° sur sa partie moyenne.

Deux malades ont subi l'amputation, l'un du gros orteil, l'autre du gros orteil, du premier métatarsien et du premier cunéiforme.

La variété de ces opérations et la présence simultanée de tous les malades à l'hôpital m'ont engagé à faire l'analyse et la comparaison des résultats opératoires, spécialement au point de vue de la forme et des fonctions du pied.

La guérison du foyer tuberculeux a été obtenue dans tous les cas. Deux malades de M. Félizet sont arrivés à Berck avec une cicatrisation parfaite et complète un an environ après la date de l'opération ; je n'ai pas su si cette cicatrisation avait eu lieu par première ou par seconde intention. Chez les quatre autres enfants, opérés soit à Paris, soit à Berck, l'opération a été suivie d'une période fistuleuse qui a varié entre quelques semaines et plusieurs mois.

Dans aucun cas, la tuberculose de l'extrémité postérieure du premier métatarsien ne s'est propagée dans le tarse au delà du premier cunéiforme. Sans aucun doute, cette propagation est quelquefois observée. Mais le fait est peu fréquent et je pense que la disposition anatomique de l'articulation du premier métatarsien avec le tarse n'est pas étrangère à cette limitation habituelle du foyer tuberculeux. Une fois, j'ai été amené à enlever le premier cunéiforme avec le premier métatarsien et le gros orteil dans des conditions en apparence défavorables, puisque la moitié interne de la seconde rangée du tarse était le siège d'un gonflement très marqué, et que la région était couverte d'une ulcération fongueuse de mauvais aspect. La guérison n'en a pas moins été obtenue et elle est maintenant confirmée depuis plusieurs mois.

En résumé, la tuberculose du premier métatarsien est, sauf exception rare, facilement curable, soit spontanément, dans de bonnes conditions hygiéniques, soit par une intervention limitée. Il est inutile d'insister sur cette partie du résultat thérapeutique.

Il m'a paru intéressant au contraire d'examiner et de comparer la forme et le fonctionnement du pied après les interventions diverses pratiquées sur le premier métatarsien et sur le gros orteil.

Examinons d'abord quelles sont les modifications du pied chez les cinq malades qui ont subi des résections.

Chez deux d'entre eux, on a pratiqué la résection métatarso-phalangienne. La tête du métatarsien a été enlevée; la première phalange du gros orteil n'a été qu'avivée par l'enlèvement de son cartilage articulaire avec la curette, dans un cas; on en a fait l'extirpation en totalité dans l'autre cas.

Le gros orteil ou plutôt la partie qui en est conservée s'est

rétractée tout naturellement d'avant en arrière d'une longueur proportionnée à la quantité d'os enlevée; en sorte qu'il est rentré, suivant l'expression appliquée par M. Lannelongue pour désigner le raccourcissement des doigts dans le spina-ventosa tuberculeux. Son extrémité libre répond à la racine du deuxième orteil chez l'un des malades, au milieu de la deuxième phalange du deuxième orteil chez l'autre. La direction antéro-postérieure est changée. Il est renversé légèrement en haut vers la face dorsale du pied, en même temps qu'un peu dévié en dedans.

Du côté de la plante du pied, le squelette de la partie interne de ce qu'on appelle le talon antérieur a été supprimé par suite de l'enlèvement de la tête du premier métatarsien. Cet os raccourci, restant attaché au tarse par son articulation solide et indemne, a conservé sa direction habituelle. Il en résulte que son extrémité antérieure, qui ne s'est pas abaissée, ne s'appuie pas sur le sol pendant la station et pendant la marche. L'avant-pied s'applique par toute sa largeur, mais en dedans il n'exerce aucune pression. En un mot, le rôle du talon antérieur est supprimé en devant, le malade marche sur ses quatre derniers métatarsiens. Cette modification fonctionnelle a entraîné une autre conséquence, l'avant-pied a subi une légère déviation en valgus, comme après l'amputation du premier métatarsien.

Lorsque la résection a été faite sur l'extrémité postérieure de cet os, il se rétracte d'avant en arrière et il est suivi dans ce recul par le gros orteil, de sorte qu'à première vue la déformation ressemble à celle qui se produit après la résection métatarso-phalangienne. Mais la partie antérieure du métatarsien s'est inclinée vers la plante du pied. La tête abaissée s'est mise sur le même plan que les têtes des métatarsiens voisins.

De plus on constate pendant la marche et la station que l'avant-pied prend point d'appui sur le sol par toute sa largeur; le talon antérieur est conservé en dedans, l'épaississement épidermique est aussi marqué en dedans qu'en dehors. La plante du pied est seulement raccourcie à sa partie interne.

Chez le malade dont la partie moyenne du premier métatarsien a été supprimée par une résection, la partie conservée de cet os ne s'est pas réunie solidement à la partie postérieure; on lui imprime des mouvements très sensibles de haut en bas; elle paraît pour ainsi dire flottante lorsque le pied est au repos. Cependant la tête du métatarsien qui est fortement abaissée vers la plante a gardé, au moins en grande partie, sa fonction durant la station et la marche, elle s'appuie sur le sol avec une énergie presque aussi grande qu'à l'état normal; l'épiderme de la plante du pied est épaissi à son niveau.

La conservation du talon antérieur dans toute son étendue après la résection postérieure du premier métatarsien et aussi après la résection de sa partie moyenne, me paraît facile à expliquer. Elle est due à l'influence de la rétraction de l'aponévrose plantaire à la suite de l'opération, et à celle des contractions des muscles plantaires qui viennent s'insérer sur les deux côtés de la racine du gros orteil. La rétraction fibreuse a eu pour effet de produire le recul du métatarsien vers le tarse et aussi l'abaissement de la tête de cet os. L'action musculaire est démontrée par l'énergie avec laquelle le premier métatarsien résiste aux pressions exercées de bas en haut au niveau de sa tête, lorsque le malade fait effort pour abaisser l'avant-pied. C'est donc à l'action combinée de la rétraction fibreuse et de la contraction musculaire que l'on doit attribuer la déviation de l'extrémité antérieure du métatarsien vers la plante du pied, sa fixation dans cette position déviée et finalement la conservation à peu près intégrale du talon antérieur.

L'avant-pied ayant son point d'appui normal en dedans aussi bien qu'en dehors, n'a aucune tendance à se porter en dehors, et on n'observe pas le valgus consécutif, noté à la suite de la résection métatarso-phalangienne.

L'amputation du gros orteil, et celle du gros orteil avec le métatarsien correspondant, ont été suivies chez nos deux malades d'une déformation du pied en valgus. Il semblerait que l'amputation du gros orteil seul dût laisser le talon antérieur avec sa forme normale et ses fonctions. Chez l'opéré que nous avons vu, il n'en était pas ainsi. Durant la station et durant la marche, la tête du premier métatarsien conservée intégralement touche le sol, mais sans pression énergique comme du côté opposé : j'attribuerais volontiers ce défaut de résistance au niveau du bord interne du talon antérieur à la suppression ou à l'affaiblissement de l'action des muscles plantaires propres au gros orteil, qui ont perdu leurs insertions normales. Il est vrai que chez mon malade le métatarsien offrait encore des traces de sensibilité à la pression, ce qui empêche de considérer le résultat actuel comme absolument définitif.

L'amputation du gros orteil avec le premier métatarsien et le premier cunéiforme a eu pour résultat, chez le malade que nous avons observé, un affaissement presque complet de la voûte plantaire et en même temps une forte déviation des quatre derniers métatarsiens en dehors, en sorte que le pied a subi une déformation très marquée en valgus. Cette déformation n'est pas exclusivement imitée à l'avant-pied; le tarse a subi de son côté un léger mouvement de rotation autour de son axe antéro-postérieur,

ayant pour conséquence une saillie anormale de la malléole interne et une déviation au dehors du calcanéum.

En résumant ce qui précède, je conclus que chacune des opérations dont j'ai parlé occasionne des déformations spéciales du pied.

Après la résection de la tête du premier métatarsien, le gros orteil est rentré, le métatarsien lui-même conserve sa direction normale sans s'abaisser vers la plante du pied. La pression du talon antérieur est supprimée ou très sensiblement diminuée en dedans, et il peut en résulter une déformation de l'avant-pied en valgus.

La production du valgus à un degré plus accentué est la suite de l'amputation du métatarsien avec le gros orteil.

Les malades que j'ai observés, n'étant astreints à aucune fatigue prolongée, marchent sans douleur et sans claudication sur le pied déformé. Mais il est à craindre que la déviation en valgus occasionne dans la suite des troubles fonctionnels du pied, si les opérés sont soumis à la station et à la marche prolongées. La fatigue pourra peut-être exagérer la difformité et même la rendre douloureuse.

A la suite de la résection de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, le gros orteil est rentré mais l'abaissement très notable de la tête du métatarsien a pour conséquence la conservation du talon antérieur avec ses fonctions normales.

En un mot, le raccourcissement du premier métatarsien consécutif aux opérations pratiquées sur sa partie moyenne et sur sa partie postérieure, n'apporte aucun trouble dans les fonctions de la plante du pied. Au contraire, lorsque cet os est raccourci en avant par suite de la résection de sa tête, la partie interne du talon antérieur est supprimée fonctionnellement et il peut s'ensuivre une légère déviation de l'avant-pied en valgus. Cette déviation est beaucoup plus accentuée à la suite de l'amputation totale du premier métatarsien.

De tout ce qui précède, il ressort que, dans la colonne osseuse constituant le premier métatarsien et le gros orteil, la partie qu'il importe le plus de conserver au point de vue fonctionnel est l'articulation métatarso-phalangienne avec la partie antérieure du premier métatarsien. On n'est autorisé à en pratiquer la résection qu'en présence d'une altération grave de la tête du métatarsien ou de la première phalange du gros orteil.

Observation. I. — *Résection de l'extrémité postérieure du premier métatarsien. — Déviation consécutive de la tête du métatarsien vers la plante du pied. — Conservation du talon antérieur sur toute sa largeur.*

F., garçon de onze ans et demi, a été envoyé à Berck, il y a un an, pour une fistule siégeant sur le milieu du bord interne du pied gauche et symptomatique d'une lésion tuberculeuse de l'extrémité postérieure du premier métatarsien.

Un curettage, avec évidement osseux, a été pratiqué à ce niveau il y a maintenant deux ans ; l'extrémité postérieure du métatarsien a été enlevée.

Actuellement la fistulette consécutive persiste encore. Elle s'ouvre et se ferme par intervalles, mais ne donne lieu qu'à un écoulement trop insignifiant pour qu'il soit indiqué d'intervenir de nouveau. La guérison spontanée paraît prochaine.

Le premier orteil qui conserve sa direction normale est rétracté ou plutôt rentré. Son extrémité libre répond au milieu de la deuxième phalange de l'orteil voisin. Cette difformité peut être due à deux causes : à l'extirpation de l'extrémité postérieure du métatarsien, et à l'arrêt de la croissance de cet os qui a pu en résulter, puisque le cartilage épiphysaire du premier métatarsien est situé près de son extrémité postérieure qui a été malade, puis attaquée par l'opération.

Le métatarsien raccourci a pris une direction différente de celle du côté opposé ; son axe est anormalement incliné vers la plante du pied. La comparaison entre les deux côtés montre une différence sensible.

Pour expliquer ce résultat, on peut admettre que la tête du métatarsien et la racine du gros orteil ont été attirées en bas par la rétraction de l'aponévrose plantaire et les contractions des muscles propres au premier métatarsien et au gros orteil.

L'abaissement de la tête du premier métatarsien raccourci a pour effet l'application de cette tête sur le sol pendant la station et la marche.

En regardant la plante du pied, on constate que l'épaississement de l'épiderme, en rapport avec les pressions du pied sur le sol, est semblable sous la tête du premier métatarsien et sous les métatarsiens suivants.

En examinant le pied pendant la station et pendant la marche, en examinant l'impression du pied sur le sable dur, on a la preuve que le talon antérieur s'appuie sur le sol pour toute sa largeur et spécialement sous le premier métatarsien.

Le point d'appui que l'avant-pied prend sur le sol a la même étendue qu'à l'état normal, mais avec une forme un peu différente. La zone d'épiderme épaissi qu'on y trouve offre une configuration en fer à cheval.

Le pied n'offre aucune déviation ni en valgus ni en varus. La marche n'est en rien modifiée et elle n'occasionne aucune gêne. La voûte plantaire a conservé sa hauteur normale.

Obs. II. — *Résection métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. — Résultat au point de vue de la forme et des fonctions.*

B., âgé de onze ans, a été envoyé à Berck pour une lésion tuberculeuse de l'extrémité antérieure du premier métatarsien gauche, il avait auparavant subi l'amputation du petit doigt de la main gauche pour une lésion également tuberculeuse. La main est restée guérie définitivement.

Le foyer du métatarsien, fistuleux, a nécessité deux opérations successives.

Une première fois, le 5 mai 1892, j'ai pratiqué un évidement du métatarsien. Les suites ont montré que l'opération avait été incomplète.

Dans une seconde intervention, pratiquée deux mois plus tard, le 9 juillet 1892, j'ai réséqué l'extrémité antérieure sur une longueur d'environ deux centimètres et demi, gratté la cavité de l'articulation métatarso-phalangienne et avivé avec la curette l'extrémité postérieure de la première phalange du gros orteil, en enlevant son cartilage articulaire.

Le malade a guéri après une période fistuleuse de cinq mois.

La forme du pied après la cicatrisation est modifiée d'une manière remarquable. La partie conservée du premier métatarsien a gardé sa direction habituelle, ce que l'on comprend, puisque son articulation postérieure, tarso-métatarsienne, n'a pas été altérée.

Le gros orteil s'est rétracté d'avant en arrière; il est articulé avec son métatarsien lui-même, touche à peine le plan de soutien, de telle sorte que le talon antérieur n'est plus constitué que par la région de la plante qui répond aux têtes des quatre derniers métatarsiens.

Le gros orteil rentré et légèrement relevé se dirige normalement d'arrière en avant, tandis que les quatre derniers orteils sont attirés légèrement en dedans par leur extrémité antérieure.

Les quatre derniers métatarsiens sont à peine déviés en dehors. Il n'y a qu'un faible degré de valgus de l'avant-pied.

La voûte plantaire est conservée.

La marche a lieu sans claudication et sans fatigue spéciale.

Obs. III. — *Résection métatarso-phalangienne du gros orteil gauche. — Évidement de l'extrémité postérieure du premier métatarsien droit. — Résultats comparés après la guérison.*

Une fillette de cinq ans, en traitement à la Maison Parmentier (Enfants assistés de Berck), est atteinte à son entrée d'une altération tuberculeuse de chaque premier métatarsien.

Sur le pied gauche, c'est la tête du métatarsien qui est atteinte avec l'articulation métatarso-phalangienne correspondante. Cette articulation est fistuleuse et la suppuration qui en provient est abondante et fétide.

Du côté droit, l'altération tuberculeuse siège sur l'extrémité postérieure du premier métatarsien. Ce deuxième foyer est également fistuleux.

Le 12 février 1892, l'articulation métatarso-phalangienne du pied gauche est incisée, la tête du premier métatarsien enlevée par tranches avec la curette, jusqu'à ce que le tissu osseux cesse d'être ramolli et fongueux. J'ai dû pratiquer l'extirpation de la première phalange du gros orteil tout entière. La plaie a été bourrée avec la gaze iodoformée et on n'a supprimé ce genre de pansement que lorsque la rétraction des parties molles l'a rendu impossible. Une fistulette a persisté six mois avant de se fermer définitivement.

L'extrémité postérieure du premier métatarsien droit a été évidée largement le jour même de l'opération pratiquée sur le pied gauche.

La plaie également bourrée avec la gaze a guéri rapidement; la cicatrisation est complète au bout d'un mois.

Le résultat orthopédique mérite d'être comparé d'un côté à l'autre.

Sur le pied gauche, la résection métatarso-phalangienne avec extirpation complète de la première phalange du gros orteil, a eu pour résultat la rétraction de cet orteil dont l'extrémité répond à la racine du deuxième. Le métatarsien raccourci a sa direction normale; il ne s'est pas abaissé vers la plante du pied : il en résulte que pendant la station et la marche l'avant-pied ne presse pas sur le sol par sa partie interne; l'épaississement épidermique du talon antérieur ne répond qu'aux quatre derniers métatarsiens. Il n'y a pas de déviation en valgus, jusqu'à présent.

Le premier métatarsien droit dont l'extrémité postérieure a été enlevée par l'opération s'est rétracté d'avant en arrière d'un centimètre environ avec l'orteil correspondant. En même temps la direction de son axe est modifiée; son extrémité antérieure s'est abaissée vers la plante du pied. Il en résulte que la malade, lorsqu'elle se tient debout, presse sur le sol par toute la largeur de la région métatarso-phalangienne.

Il est à prévoir que le raccourcissement du métatarsien deviendra de plus en plus apparent dans la suite, étant donné que l'enfant n'a que six ans et que la région de l'épiphyse postérieure a été détruite vraisemblablement jusqu'au cartilage de conjugaison.

Dès à présent, on constate que, du côté gauche, la résection métatarso-phalangienne a supprimé la fonction du talon antérieur dans sa partie interne tandis que du côté gauche, après une résection de l'extrémité postérieure du premier métatarsien, le talon antérieur est conservé dans toute sa largeur avec sa fonction normale.

Obs. IV. — *Résection de la partie moyenne du premier métatarsien gauche. Absence de reproduction. Forme et fonctionnement du pied après la guérison.*

Th., garçon âgé de dix ans, est entré à l'Hôpital maritime de Berck le 16 juillet 1891.

Un an auparavant, il avait subi une opération consistant dans la résection de toute la partie moyenne du premier métatarsien gauche. Il n'est resté de cet os que l'extrémité antérieure et un petit fragment de l'extrémité postérieure. Ce sont du moins les seules portions dont on constate la présence aujourd'hui après la cicatrisation complète.

Le malade était arrivé à Berck avec une fistule qui a tardé longtemps à se cicatriser d'une manière définitive. Cette cicatrisation s'est maintenue depuis plusieurs mois, mais l'enfant reste en traitement à Berck pour un mal de Pott lombaire compliqué d'un abcès de la fosse iliaque gauche.

L'état actuel du pied opéré offre plusieurs détails à noter.

La cicatrice opératoire est insignifiante, la rétraction l'a réduite à une longueur de 15 millimètres à peine. La partie moyenne du métatarsien, enlevée par l'opération, ne s'est pas reproduite. En arrière, on trouve au devant du premier cunéiforme un fragment osseux un peu mobile, appartenant au premier métatarsien. En avant, on sent la tête du même métatarsien conservée et son articulation avec la première phalange du gros orteil, restée mobile. Les deux vestiges du métatarsien sont indépendants, sans aucune adhérence fibreuse entre eux.

Le gros orteil, uni au fragment antérieur de métatarsien, manquant d'appui en arrière, s'est rétracté, de telle sorte que son extrémité antérieure est située au niveau de la racine du deuxième orteil. Par suite de ce reculement, la commissure intermédiaire aux deux premiers orteils se trouve tendue; de là une double déviation : le gros orteil, attiré en avant par le côté externe de sa racine, a basculé en dedans, le deuxième orteil attiré au contraire par son côté interne s'est aussi dévié en dedans; les autres orteils ont subi à un degré moindre la même inclinaison.

A première vue, la difformité du pied est pour le moins aussi disgracieuse que celle qui aurait résulté de l'amputation du gros orteil avec son métatarsien.

Lorsque le malade se tient debout en s'appuyant sur le pied opéré, on constate que la voûte plantaire n'est conservée qu'en partie : les quatre derniers métatarsiens sont légèrement déviés en dehors, l'arrière-pied conservant sa forme normale; autrement dit les métatarsiens se sont portés en valgus. Cette déformation est toutefois peu accentuée.

En examinant en détail la manière dont le talon antérieur, déformé par l'opération, s'applique sur le sol, on est frappé de ce que l'extrémité antérieure du premier métatarsien, conservée à l'état flottant en quelque sorte derrière le gros orteil, presse énergiquement sur le sol, et lorsque le malade marche sur du sable dur l'impression du talon antérieur est aussi profonde en dedans qu'en dehors. On éprouve une résistance ferme lorsqu'on veut relever la racine du gros orteil vers le dos du pied, et cette résistance est augmentée par les efforts du malade.

La conservation du point d'appui, que le pied prend sur le fragment libre du métatarsien, nous paraît expliquée d'abord par la rétraction des parties molles de la plante du pied et spécialement de l'aponévrose plantaire dont on constate la résistance à ce niveau; ensuite par la contraction des muscles de la plante du pied se rendant au gros orteil et à son métatarsien : adducteur, court fléchisseur, abducteur, oblique. L'action de ces muscles est mise en évidence lorsqu'on presse de bas en haut sous la racine du gros orteil contre les efforts du malade. Il ne saurait être question ici du tendon du long péronier latéral.

La marche a lieu sans gêne aucune et sans claudication. Le bord interne du talon antérieur presse sur le sol d'une manière évidente. L'épaississement de l'épiderme, normal à cet endroit, est conservé; il aurait disparu depuis deux ans, si aucune pression n'était exercée.

Obs. V. — *Amputation du gros orteil gauche. — Cicatrisation chéloïdienne.*

G., garçon âgé de cinq ans, arrivé à Berck au mois de mars dernier, m'offre l'occasion d'examiner le résultat d'une amputation du gros orteil gauche avec conservation du premier métatarsien en totalité.

La cicatrisation paraît complète, on ne trouve aucune trace de fistule. La cicatrice, légèrement chéloïdienne comme il arrive fréquemment chez les tuberculeux, se trouve placée sur le milieu de la tête du métatarsien.

Le pied n'offre aucune déviation, ni déformation d'ensemble. La voûte plantaire est conservée intégralement. La tête du premier métatarsien s'applique sur le sol durant la station et durant la marche, mais avec

beaucoup moins d'énergie que celle du métatarsien correspondant du côté opposé.

Un seul détail est à noter : la tête du métatarsien reste douloureuse à la pression, et le malade se plaint de souffrir en marchant avec un soulier. Je crains que le métatarsien ne soit pas indemne de tuberculose.

Obs. VI. — *Tuberculose du premier métatarsien gauche et du premier cunéiforme correspondant. — Amputation de ces deux os et du gros orteil. — Guérison avec déviation en valgus des quatre derniers métatarsiens.*

B., âgé de 13 ans, est envoyé à Berck en février 1892 pour un foyer tuberculeux siégeant sur les trois quarts postérieurs du premier métatarsien du pied gauche.

Cette affection a été traitée antérieurement par un large évidement.

Au moment de l'arrivée du malade, la peau est largement ulcérée sur une étendue de six centimètres au niveau de l'os malade; elle a fait place à une surface fongueuse, épaisse et blanchâtre, de mauvais aspect. Le premier métatarsien offre un volume presque double de celui du côté opposé.

Pendant les deux premiers mois de séjour à l'Hôpital maritime, l'ulcération n'offre aucune tendance à se cicatriser. Le gonflement du tarse me fait craindre un envahissement de la lésion tuberculeuse de ce côté.

Le 25 avril 1892, je pratique l'ablation du premier métatarsien tout entier avec le gros orteil; le premier cunéiforme altéré dans sa partie antérieure est également enlevé en totalité.

La plaie est réunie avec drainage. Bien que les fongosités qui infiltraient toute la région aient été extirpées aussi complètement que possible, une fistule a persisté et a été le siège d'une reproduction des fongosités, ce qui a retardé la guérison pendant 7 mois. L'enfant a quitté l'hôpital au mois de février dernier, complètement guéri depuis plusieurs mois.

La forme du pied est naturellement très modifiée : l'avant-pied, constitué par les quatre derniers métatarsiens, est dévié en dehors; la voûte du pied est en grande partie affaissée; le tarse lui-même est légèrement porté en valgus. Malgré cette déformation, la marche n'est en rien altérée.

L'enfant, qui marche librement toute la journée, ne se plaint ni de douleur, ni de fatigue.

QUESTIONS DIVERSES

Séance du lundi 3 avril (matin).

Présidence de M. le Professeur Lannelongue (de Paris).

Fracture de la colonne vertébrale. — Trépanation du rachis 4 jours après l'accident. — Grande amélioration,

Par le Dr Francis Villar, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

J'ai l'honneur de vous communiquer un cas de fracture de la colonne vertébrale traitée et améliorée par la trépanation du rachis.

Les cas de trépanation pour fracture récente de la colonne vertébrale ne sont pas très nombreux; c'est ce qui m'a décidé à vous apporter mon observation :

Observation. — X..., Jean, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, entre le 13 septembre 1892 à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Demons, que j'avais l'honneur de suppléer.

La veille, à trois heures de l'après-midi, le malade se trouvant assis dans un cuvier, en train de manger, la tête penchée en avant, reçoit sur le dos la presse d'un pressoir dont le poids est évalué à 700 kil. Il éprouve, cela va sans dire, une douleur extrêmement violente; deux hommes parviennent à le retirer après avoir soulevé la presse.

Le malade ne peut se lever ni même remuer ses jambes.

Transporté chez lui, il reçoit les soins du médecin de sa localité qui applique huit sangsues sur la région traumatisée. Nuit très mauvaise. Le malade reste constamment couché sur le côté droit.

Le lendemain, il entre à l'hôpital Saint-André ; les douleurs persistent aussi violentes.

Je vois le blessé pour la première fois le 14 septembre, à la visite du matin. Toujours couché sur le côté droit, il se plaint de douleurs atroces ayant leur siège dans la région dorso-lombaire; ces douleurs, qui sont continues, s'accompagnent de temps à autre de crises très violentes. Il sent aussi dans les membres inférieurs des fourmillements qui ont paru dès le jour même de l'accident.

L'examen de la colonne vertébrale me permet de constater tout d'abord,

à la simple inspection, des ecchymoses et quelques éraillures des téguments; il me montre, en outre, l'existence, sur les confins des régions dorsale et lombaire, d'une dépression à laquelle fait suite une saillie très appréciable.

Par la palpation, je me rends mieux compte de l'existence de cette dépression et de cette saillie; la pression détermine une douleur très vive, à foyer maximum entre la onzième vertèbre dorsale et la première lombaire. Il semble que la lésion siège sur la douzième vertèbre dorsale. Les deux membres inférieurs sont complètement paralysés; le malade ne peut leur faire exécuter le moindre mouvement. L'anesthésie s'étend des deux côtés depuis le pied jusqu'au creux poplité.

Les réflexes rotuliens sont conservés; pas de réflexe plantaire ni testiculaire.

Il n'y a eu ni fièvre, ni érection.

La rétention d'urine est complète; le malade est resté vingt-quatre heures sans uriner, depuis le jour de l'accident jusqu'au moment où il a été transporté à l'hôpital; il a alors été sondé par l'interne du service. Cette rétention persiste au moment de l'examen.

Il y a aussi de la constipation, car le malade n'est pas allé à la selle depuis deux jours.

Je prescris une potion calmante et je recommande d'appliquer sur la région dorso-lombaire une épaisse couche d'ouate maintenue par un bandage de corps.

On doit sonder le malade plusieurs fois dans la journée et dans la nuit.

Le 15 septembre : même état. La rétention d'urine et la constipation persistent; les douleurs sont toujours très violentes.

Le 16 septembre, je pratique la trépanation du rachis. Après avoir fait endormir le malade et m'étant entouré de toutes les précautions antiseptiques connues, je trace au bistouri une incision verticale de 14 centimètres environ, parallèle à la crête épineuse, mais située un peu à droite de cette crête (incision para-épineuse). Cette incision s'étend de la partie inférieure de la dixième vertèbre dorsale à la partie correspondante de la première vertèbre lombaire. Je pratique une deuxième incision perpendiculaire à la première, abordant celle-ci un peu au-dessous de sa partie moyenne et dirigée à gauche. J'obtiens ainsi une incision en ⊣ avec deux lambeaux triangulaires qui me donnent un jour très suffisant.

Je reconnais aussitôt le foyer de la fracture; mais, pour agir plus librement, je détache les masses musculaires de leur gouttière vertébrale; ceci fait, et après avoir épongé le champ opératoire, je constate que le canal rachidien est ouvert en arrière; la moelle se présente à nous par sa partie postérieure, mais dans une petite étendue.

J'ai voulu me rendre compte du mécanisme de la fracture et de la disposition des fragments. Je n'ai pu avoir des notions précises sur ces points. En effet, j'avais sous les yeux la moelle, limitée sur les côtés par une portion des lames, par des tronçons de lames, mais il m'a été impossible de trouver l'autre fragment des lames et l'apophyse épineuse; je dois donc supposer qu'il y a eu un véritable écrasement accompagné de torsion.

Quoi qu'il en soit, il fallait s'assurer que la moelle était en bon état et qu'il ne restait plus aucun agent capable de déterminer de la compression; or, en examinant avec le doigt le foyer de la fracture et la moelle, je reconnus que celle-ci était serrée, comprimée au-dessus et au-dessous de la portion que j'avais sous les yeux; m'aidant des cisailles, du ciseau et du maillet, je fis sauter les parties restantes des lames de la vertèbre fracturée et m'étant ainsi donné un plus large accès dans le canal rachidien, j'attaquai les portions osseuses supérieures et inférieures qui déterminaient la compression; je ne m'arrêtai qu'après m'être assuré que la moelle était bien libérée.

Ces différents temps ne furent pas pratiqués sans déterminer un certain écoulement sanguin; on sait, en effet, que la trépanation du rachis s'accompagne, en général, d'une hémorragie assez abondante, quelquefois même considérable. Dans le cas particulier, cependant, cette hémorragie ne fut pas très appréciable.

Pour terminer l'opération, je suturai au crin de Florence toute l'incision verticale et une partie de l'incision transversale; par la partie non suturée de cette incision sortait une mèche de gaze iodoformée qui bourrait le fond du champ opératoire.

Pansement avec poudre d'iodoforme et gaze iodoformée; énorme couche d'ouate et bandage de corps.

Le malade est transporté dans son lit et couché sur le ventre; la journée est bonne. Peu de douleur. Pas de fièvre. Cathétérisme.

17 septembre. — Le malade souffre à peine.

18 septembre. — Les douleurs, qui étaient si violentes avant l'opération, ont disparu, mais les fourmillements des jambes persistent. Cathétérisme.

19 septembre. — Le malade est en très bon état. Il n'est pas allé à la selle depuis le jour de l'accident. Je prescris une purgation qui donne un résultat très satisfaisant. Depuis, le malade va spontanément à la selle tous les jours.

20 septembre. — Un peu de motilité dans le membre inférieur droit; le malade commence à remuer son membre; la sensibilité est toujours dans le même état.

Premier pansement; la plaie est en très bonne voie.

Rien de particulier à signaler les deux jours suivants.

23 septembre. — Le malade urine spontanément.

25 septembre. — Deuxième pansement. Je retire les fils.

Trois semaines après l'opération, la plaie était complètement cicatrisée. Le malade mangeait et dormait bien; il pouvait s'asseoir dans son lit sans la moindre fatigue et avait même engraissé.

L'anesthésie a diminué d'étendue; mais à peine.

Le membre inférieur droit est devenu chaque jour plus puissant.

Vers la fin du mois d'octobre, on a pu voir apparaître un certain degré de mobilité du membre inférieur gauche.

Au mois de décembre, les pieds ont commencé à s'étendre sur la jambe en équinisme, en même temps que les orteils se fléchissaient légèrement.

Enfin, ajoutons que peu de temps après l'opération, le malade a eu une érection normale et qu'il en a eu depuis de temps en temps. Pas de pollutions nocturnes.

L'examen électrique des muscles a été pratiqué le 24 février par M. le professeur Bergonié, à sa clinique électro-thérapique de l'hôpital Saint-André.

M. Bergonié a bien voulu nous communiquer les détails suivants : La plaque indifférente de 300 centmq. de surface est appliquée au niveau de la nuque, le malade étant étendu et reposant sur elle.

Courants faradiques : Bobine à gros fils. Excitabilité abolie pour tous les muscles des deux membres inférieurs, excepté pour le triceps sural et crural droits.

Courants galvaniques : Excitabilité conservée pour les muscles précédents : triceps crural et sural droits, sans réaction de dégénérescence (Ka SZ $>$ An SZ).

Intensité : $i = 12$ mill.

Excitabilité galvanique abolie aussi bien au pôle + qu'au pôle — que pour tous les autres muscles.

Voici quel est l'état du malade relevé au mois de mars 1893 :

1° *Motilité.* — Le malade lève le membre inférieur droit, fléchit même la jambe sur la cuisse, la croise sur celle du côté opposé; mais ne peut ni fléchir la cuisse sur le bassin ni porter le membre dans l'abduction.

En outre, ce membre inférieur droit a acquis de la force; si on le presse de bas en haut en repoussant la plante du pied avec la main droite, on sent que le membre résiste d'une façon énergique.

Le membre inférieur gauche ne peut être détaché du lit; cependant le malade y détermine quelques mouvements.

2° *Sensibilité.* — Elle est normale dans tout le membre inférieur, sauf dans les pieds et sur les faces postéro-externes des deux jambes; les cuisses, les faces internes des jambes, les cous-de-pied sont sensibles.

On constate de l'anesthésie sur le scrotum et la verge, jusqu'à un point situé à deux centimètres de l'orifice externe du canal inguinal.

Pas de réflexe plantaire; les réflexes rotuliens manquent aussi.

Il n'y a pas d'atrophie apparente; les pieds sont un peu étendus sur les jambes et les orteils tendent à se fléchir sur le pied.

Au-dessus du pli fessier existe une petite eschare.

Sur la région opératoire, on constate une légère dépression, puis une saillie formée par a vertèbre sous-jacente. La cicatrice n'est pas douloureuse.

Le malade urine sans le secours d'une sonde et ses urines sont claires.

Il va à la selle tous les jours, dit qu'il sent très nettement le besoin d'aller, mais ne peut ni retenir ni forcer pour aider au besoin; les matières tombent pour ainsi dire pressées seulement par la contraction intestinale.

Le toucher rectal permet de constater que le sphincter est solide; le malade sent d'ailleurs le doigt qui pénètre.

Enfin, l'état général est excellent; le malade mange et dort bien; il n'éprouve aucune douleur.

On voit que, si certains symptômes n'ont pas été améliorés, d'autres, au contraire, ont été heureusement influencés par mon intervention.

Le résultat opératoire a été excellent; la plaie a bien guéri sans la moindre complication et aujourd'hui la cicatrice est belle, non douloureuse.

Le résultat thérapeutique n'est pas merveilleux, sans doute; aussi ne parlerai-je pas de guérison. Cependant, il me semble que j'ai rendu service à mon malade, puisque mon intervention a fait disparaître les douleurs, la rétention d'urine, complication grave, on le sait, la constipation, et qu'elle a permis la mobilité du membre inférieur droit.

Que serait devenu ce malade si je n'étais pas intervenu? Il est bien probable qu'il serait mort ou qu'il se trouverait dans un bien piteux état, car, je l'ai dit, sa moelle était fortement comprimée.

Je le répète, le malade se trouve dans l'état le plus satisfaisant au point de vue de sa santé; s'il n'y a pas lieu de parler de guérison, on m'accordera bien que c'est une grande amélioration.

Il y a dans mon observation quelques points relatifs à la symptomatologie, à la marche, à l'anatomie pathologique, sur lesquels je devrais insister; j'aurais pu aussi vous faire un historique complet de la question, vous rappeler certains faits de trépanation pour fracture récente du rachis et vous signaler leurs résultats. Mais je ne veux pas insister outre mesure, car l'observation que j'ai eu l'honneur de vous communiquer doit être plus tard le point de départ de la thèse d'un de mes élèves.

D'ailleurs, telle qu'elle est, sans commentaires, elle peut servir à l'histoire de l'intervention dans les fractures récentes de la colonne vertébrale, question délicate dont on s'est occupé dans ces derniers temps et qui est loin d'être tranchée, car les *indications de l'intervention* sont difficiles à poser et ses résultats ne semblent pas très encourageants.

De la cure radicale des hernies ombilicales par l'omphalectomie totale et la suture à trois étages,

Par le Dr R. Condamin, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Actuellement, tous les chirurgiens sont d'accord sur l'opportunité de la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte. Plus que toute autre hernie, l'omphalocèle a une tendance constante à augmenter; sa contention est d'une difficulté extrême et dans nombre de cas impossible; elle s'accompagne de troubles géné-

raux et de phénomènes pathologiques extrêmement graves du côté du tube digestif; enfin sa tendance à l'étranglement suffit amplement pour justifier une intervention chirurgicale.

La question qui se pose actuellement est précisément celle du procédé opératoire à employer :

Quand on étudie les procédés modernes [1] de cure radicale des omphalocèles, on est frappé par la tendance générale des chirurgiens à identifier la hernie ombilicale à une éventration en miniature, et à assimiler la plaie faite pour la traiter, à une plaie de laparotomie. Pour que cette assimilation fût complète, il était nécessaire d'enlever toute la paroi de la hernie et même la totalité de l'ombilic, car, modifié qu'il est par le passage incessant de la hernie, il a perdu sa disposition habituelle qui en faisait pour ainsi dire la clef de voûte de la paroi abdominale.

D'autre part, la suppression de toute la zone fibreuse ombilicale et péri-ombilicale permet seule de faire pour l'occlusion de la plaie opératoire une triple rangée de suture, comme on procède actuellement dans toute laparotomie. C'est sur ces principes que nous avons basé le procédé que nous proposons pour la cure radicale des hernies ombilicales, à savoir l'omphalectomie totale et la suture à trois étages des bords de la plaie.

*
* *

Nous entendons par omphalectomie totale l'ablation de tout l'ombilic par deux incisions à concavité regardant le centre du nombril, s'étendant latéralement assez loin pour que la gaine des droits soit ouverte; remontant au-dessus de l'ombilic et descendant au-dessous suffisamment pour que l'adossement des surfaces cruentées se fasse à peu près comme s'il s'agissait de bords parallèles. Comme conséquence, plus les dimensions transversales de l'omphalectomie seront grandes, plus devront être étendues les dimensions dans le sens longitudinal. Ainsi, supposons que la plaie transversale ait 4 centimètres de large, il faudra que la plaie longitudinale en ait 10 à 12. Du reste l'étendue de cette dernière incision n'a qu'une importance bien secondaire! C'est quelques points de suture en plus.

Voici le manuel opératoire que nous proposons après l'avoir longuement étudié à l'amphithéâtre et mis à exécution sur le vivant :

Après désinfection soignée de la région, on circonscrit large-

1. R. Condamin, De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des omphalocèles. Étude des indications et de quelques procédés opératoires récents. *Arch. provinciales de Chirurgie*, septembre 1892.

ment la hernie par deux incisions elliptiques, remontant et descendant de deux à trois travers de doigt à partir de l'ombilic.

On incise la couche cutanée et adipeuse jusqu'à l'aponévrose des droits.

Arrivé à ce point on l'incise, de façon à couper successivement l'aponévrose antérieure et postérieure des droits, le péritoine sous-jacent. On protège les intestins et l'épiploon, qui sont à découvert, et l'on pénètre alors dans le sac herniaire en incisant son collet de dehors en dedans. Le sac est ensuite ouvert largement. L'on a ainsi étalé tout le contenu de la hernie qu'il est très facile d'isoler du sac. Puis l'épiploon étant réséqué s'il est trop adhérent au sac et l'intestin étant réduit, il n'y a plus qu'à détacher l'ombilic et les enveloppes herniaires du côté opposé, soit avec les ciseaux, soit au bistouri, en ayant grand soin d'ouvrir la gaine des droits. On a alors une perte de substance à grand axe longitudinal dont on rapproche les bords par une première rangée de sutures intéressant le péritoine et le feuillet postérieur des droits. Un second étage est formé par la suture de l'aponévrose antérieure des mêmes muscles. Nous conseillons la soie bouillie pour ces deux plans de suture en surjet. Enfin les bords cutanés adipeux sont réunis par des points entrecoupés au fil métallique.

Telle est en quelques mots la méthode que nous proposons pour la cure radicale des hernies ombilicales. Nous prétendons qu'elle présente des avantages incontestables non seulement sur les méthodes qui laissent persister l'ombilic, mais encore sur celles qui ne consistent qu'en une omphalectomie nouvelle. Nous allons essayer de montrer, avant de publier quelques observations à l'appui de notre thèse, que l'omphalectomie totale n'est pas seulement utile pour la facilité des sutures, mais que cette opération doit constituer le premier temps de la cure radicale, si l'on veut en retirer tous les avantages qui en résultent, à savoir :

1° Isolement facile du sac;

2° Décollement rapide et simple des adhérences épiploïques et intestinales;

3° Destruction complète de l'infundibulum ombilical qui constitue un appel à la récidive;

4° Possibilité d'une suture à trois étages comme dans les laparotomies et par suite solidité plus grande de la contention.

L'omphalectomie totale est supérieure aux autres méthodes de cure radicale, parce qu'elle facilite l'intervention opératoire dans ses différents temps; parce qu'elle permet une suture à triple étage exactement comme dans les laparotomies où ce mode de réunion a fait depuis longtemps ses preuves et a été adopté par la généralité des chirurgiens; enfin parce qu'elle assure d'une

façon plus parfaite les trois phases et l'oblitération du trajet herniaire, c'est-à-dire les phases d'oblitération mécanique, temporaire et définitive.

*
* *

L'omphalectomie totale, disons-nous, facilite la libération des adhérences épiploïques et intestinales. Voici comment :

En lisant les observations de kélotomie pour hernies ombilicales étranglées ordinaires, et sans parler de celles qui se compliquaient de diverticules intestinaux ou de gangrène, on voit que la partie la plus difficile de l'opération est celle qui consiste, après avoir ouvert le sac sur son milieu, ce qui déjà peut présenter du danger si l'intestin est adhérent, à libérer et les anses intestinales et les paquets d'épiploon adhérents soit au collet, soit au sac, soit à plusieurs sacs comme ç'a été le cas dans nombre d'observations. Ceci s'explique parfaitement : le sac d'une hernie ombilicale est rarement unique; en tout cas il n'est presque jamais uniloculaire; des brides du fascia ombilicalis, des épaississements du péritoine et de ses couches sus-jacentes permettent des distensions aux points faibles, laissent la hernie s'y insinuer pour constituer autant de diverticules secondaires. En ouvrant d'emblée le sac il faudra décoller en tâtonnant chacun de ces diverticules. Souvent il n'y a que de l'épiploon, qu'il serait plus simple de réséquer au niveau du collet du sac : mais la disposition du paquet épiploïque est tellement complexe que jusqu'à la fin on n'est pas sûr qu'il n'y a pas d'intestin.

Au contraire, supposons qu'on ait pratiqué l'omphalectomie totale sans ouvrir le sac : dès que le péritoine a été incisé au pourtour de l'ombilic, on se rend compte immédiatement si la hernie est purement épiploïque ou intestino-épiploïque. Dans le premier cas, il est bien inutile de perdre du temps à décoller un épiploon plus ou moins adhérent, plus ou moins malade. On se contentera de la ligature en chaîne de celui-ci au-dessous du collet de la hernie et un coup de ciseau au-dessus débarrassera de l'épiploon, du sac et de la peau de la hernie. Tout ceci ne prend qu'un temps extrêmement court et l'on sait que cette considération n'est pas sans importance pour les interventions sur l'abdomen.

Supposons un cas plus complexe : la hernie ombilicale renferme de l'épiploon et de l'intestin, et le tout est adhérent. Séparez par l'omphalectomie totale tout le paquet herniaire et ouvrez encore le péritoine en dehors du collet. A ce moment, vous pourrez parfois constater que l'intestin n'a contracté que de faibles adhérences faciles à rompre et vous rentrez dans le cas précédent; ou bien les adhérences sont plus intimes. Incisez alors le collet du

sac de dehors en dedans dans un point dépourvu d'adhérences; ouvrez plus largement le sac du collet à la périphérie et étalez le tout sur une compresse aseptique; disposez, si vous voulez bien voir, l'épiploon en éventail. Rien ne sera alors plus simple que d'effectuer la libération de l'intestin et sa réduction. Préoccupez-vous peu de l'épiploon qui reste en contact intime avec le sac. Si l'intestin est rentré, c'est le principal. Quant à l'épiploon, il sera toujours préférable d'en faire d'abord la ligature et ensuite l'incision. Il faudrait un cas bien complexe, pour qu'en procédant de la sorte on mette plus de 10 minutes pour cette réduction : en ouvrant le sac, on a mis souvent plus de deux heures et l'on a pu blesser l'intestin. Nous n'insistons pas sur les détails techniques de la ligature de l'épiploon. Lucas Championnière a donné sur ce point des préceptes qui sont vite devenus classiques.

*
* *

L'omphalectomie facilite la réunion des bords de la plaie et permet la suture à trois étages. Nous avons insisté ailleurs [1] sur les difficultés que l'on rencontrait à faire des sutures dans le tissu fibreux ombilical et juxta-ombilical. Ces difficultés et l'impossibilité d'avoir un adossement parfait nous ont engagé à proposer (et nous avons publié des observations à l'appui de cette thèse) de faire l'omphalectomie au cours des laparotomies toutes les fois que l'incision devait remonter au-dessus de l'ombilic. Les sutures alors devenaient aussi simples à ce niveau qu'ailleurs et surtout les trois étages classiques pouvaient être édifiés par des sutures intéressant du haut en bas de la plaie chirurgicale, le péritoine, les aponévroses des droits et la peau.

L'indication d'une suture parfaite est encore bien plus nette quand il s'agit de hernie ombilicale.

Nous ne reviendrons pas sur les détails techniques opératoires que nous avons déjà publiés l'an passé [2], mais nous insisterons sur une particularité qui nous a été révélée soit par une observation de Jeannel, soit par les deux autres qui nous sont personnelles. Nous voulons parler de la difficulté que l'on rencontre parfois à rapprocher les bords du péritoine quand la perte de substance a été un peu considérable surtout dans le sens transversal. Le péritoine, parfois un peu adhérent au feuillet postérieur de l'aponévrose du droit, se laisse déchirer, quand il faut exercer avec le surjet quelques tractions : aussi suivant l'exemple de

1. R. Condamin, De l'omphalectomie au cours des laparotomies. *Province médicale*, 12 mars 1893.

2. R. Condamin, *Lyon médical* et *Archives provinciales de chirurgie*, 1892.

Jeannel, avons-nous, sur les deux malades que nous avons opéré avec notre ami le docteur A. Polosson, proposé la modification suivante :

Au lieu de faire le premier plan de suture avec le péritoine seul, nous le doublons du feuillet profond de l'aponévrose des droits, en faisant les points du surjet très rapprochés les uns des autres et en surveillant bien l'adossement séro-séreux. De cette façon le péritoine ne se déchire pas et l'occlusion est plus parfaite. Le second plan de suture, alors, comprend le feuillet antérieur des droits et le troisième la peau. Cette petite modification au procédé que nous avons indiqué précédemment nous semble très importante, parce que plus souvent que nous ne le croyions tout d'abord, le péritoine est adhérent à la face postérieure du pourtour ombilical et cela dans une étendue variable suivant les sujets. En résumé, ces trois plans de suture seront faits avec autant de facilité que s'il s'agissait de sutures pour laparotomie.

L'omphalectomie totale enfin assure mieux que les autres procédés les trois phases oblitératives de l'ouverture herniaire.

Il est incontestable que la première phase, dite d'oblitération mécanique, est plus parfaite avec notre manuel opératoire, puisqu'elle comporte une triple fermeture, portant sur trois étages différents et surtout puisque la réunion s'effectue sur des tissus de nature non douteuse. Nous avons trop insisté ailleurs sur le peu de vitalité présentée par un orifice herniaire modifiée par la sortie et la rentrée continuelle de l'intestin, pour y revenir.

A cette phase d'oblitération mécanique obtenue par les fils, succède la seconde phase dite d'oblitération temporaire : elle commence dès que les fils ont disparu. L'orifice herniaire ou plutôt la ligne d'incision est oblitérée par des tissus connectifs de nouvelle formation qui pourront se distendre si le malade n'est pas soumis à certaines précautions telles que repos au lit, port d'une ceinture, etc. A cette phase correspond la guérison opératoire de la hernie. Elle sera évidemment mieux assurée avec trois plans qu'avec deux ou un seul; elle sera même certaine, pouvons-nous le dire, si nous nous en rapportons non pas à nos observations qui ne sont ni assez nombreuses, ni surtout assez anciennes pour fournir des résultats définitifs, mais si nous tenons compte de ce que l'on observe dans les laparotomies où la fermeture est obtenue par trois étages de sutures. Si l'on n'observe plus d'éventration post-opératoire en agissant ainsi, il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas de même, au point de vue des récidives, dans les hernies ombilicales.

La troisième phase, dite d'oblitération définitive ou, si on veut, de cure radicale définitive, succédera à la précédente avec d'au-

tant plus de chance de succès, que l'on aura mieux adossé les divers tissus qui se correspondent, que l'on aura mieux comblé les moindres intervalles existant entre eux, que l'on aura plus complètement fait disparaître l'infundibulum post-ombilicale, les dépressions sus et sous-ombilicales. Toutes ces conditions sont obtenues avec l'omphalectomie totale et ne le sont qu'avec elle.

Nous publions maintenant quatre observations de cure radicale de hernie ombilicale, dont les deux premières nous sont personnelles. Dans celles-ci on verra que l'opération a été effectuée point pour point comme nous l'avons indiqué. Les deux autres relatent deux opérations faites suivant le même principe général, mais avec un manuel opératoire un peu différent.

Observation 1 (R. Condamin). — C. C., quarante-neuf ans, journalière, née et demeurant à Précurel (Isère).

Père mort à soixante-douze ans. Avait une hernie inguinale. Mère morte à la suite d'une hémorragie cérébrale. Un frère en bonne santé; pas de hernie. Trois enfants vigoureux; n'ont pas de hernie. La malade a toujours joui d'une bonne santé. Elle était robuste et faisait des journées pénibles telles que lavages, etc.

Il y a environ trois ans, sans cause apparente, la malade constata, dans la région ombilicale, une petite grosseur qui apparaissait ou disparaissait suivant qu'elle faisait des efforts ou restait au repos.

Depuis trois mois seulement cette tumeur herniaire est devenue douloureuse. Elle donnait fréquemment naissance à des crises violentes siégeant au niveau même de la hernie et dans la région péri-ombilicale. Ces douleurs survenaient du reste aussi bien après un repos prolongé qu'après des efforts répétés. Elles s'accompagnaient de vomissements surtout bilieux. Elles duraient de trois à quatre heures jusqu'à douze heures. Il n'y a jamais eu d'étranglements sérieux; la hernie n'est jamais restée vingt-quatre heures sans rentrer au moins partiellement.

Les crises douloureuses qui sont survenues 30 ou 40 fois et qui duraient en moyenne vingt-quatre heures, déterminent la malade à venir se faire opérer.

La hernie se présente sous l'aspect d'une tumeur grosse comme une petite orange. Elle fait issue dans la région ombilicale et rentre partiellement. Le collet du sac paraît assez large.

Opération, 13 février. — Après nettoyage minutieux de la région, M. Condamin, assisté de M. Aug. Polosson, commence à circonscrire la hernie par deux incisions elliptiques de 20 centimètres de hauteur sur 8 de large. Hémostase soignée.

On continue du côté gauche à inciser profondément, en entaillant successivement la gaine antérieure du droit, son bord interne, son feuillet profond et enfin le péritoine. A ce moment on ouvre le sac par son collet, en allant de dehors en dedans.

De nombreuses adhérences épiploïques sont déchirées; l'épiploon est réduit. On incise alors avec des ciseaux du côté droit la couche pariétale

dont la peau seule avait été intéressée, en ayant bien soin d'entailler la gaine des droits. On enlève ainsi non seulement l'ombilic, mais encore le collet de la hernie, le sac et la peau qui le recouvre.

A ce moment deux fils de soie sont placés aux extrémités supérieure et inférieure. Par l'intermédiaire de ceux-ci on soulève la paroi et l'on commence le premier plan de suture. Le péritoine est assez mince. Il se déchire facilement. On comprend alors avec lui le feuillet postérieur de la gaine des droits, de façon cependant que l'adossement sero-séreux existe sur toute la hauteur.

Le second plan de suture porte sur le feuillet antérieur des droits. Le troisième plan, constitué par des fils profonds et superficiels, enserre la peau et le tissu graisseux sous-cutané. Les deux premiers plans de suture sont faits à la soie; le dernier au fil métallique.

L'opération dure quarante minutes. Bandage de corps un peu compressif.

17 février. — Température : 38°,6. Constipation. On purge la malade.

18 février. — Température : 38°. La plaie est aseptique.

18 mars. — La malade est complètement guérie. Depuis son opération elle n'a ressenti aucune des douleurs qu'elle avait autrefois. La contention est parfaite, même sous les efforts et la toux. Au niveau de la cicatrice opératoire, on sent une épaisseur de tissus à résistance parfaite. Pour plus de sûreté et pour assurer la cure définitive de la hernie, on fait porter à la malade une ceinture abdominale.

Obs. II. — M. M., âgée de vingt-deux ans, religieuse, né à La Pierre (Hautes-Alpes), demeurant à Gap. Entrée le 12 janvier 1893.

Cette malade fut opérée le 20 janvier 1893, d'un épulis. — Elle présentait à ce moment une hernie ombilicale qui fera seule l'objet de cette observation. (A. Polosson.)

Père inconnu. Mère morte d'une maladie indéterminée. Deux frères en bonne santé.

La malade jouissait d'un tempérament robuste. Il y a deux ans, elle eut l'influenza. Depuis cette époque, dit-elle, elle serait sujette à des fatigues d'entrailles et aurait des vomissements fréquents. Cet état durait depuis sept ou huit mois, lorsqu'en novembre 1891, la malade constata la présence d'une hernie dans la région ombilicale.

Elle serait restée à peu près stationnaire jusqu'en juillet 1892. Depuis ce moment la malade trouve qu'elle a augmenté de volume. Du reste les douleurs abdominales et les vomissements ont continué avec des périodes de calme plus ou moins longues; ils coïncident très régulièrement avec de courtes périodes d'étranglement herniaire. Pendant les périodes d'étranglement, qui duraient de douze à trente-six heures, la malade éprouve des douleurs extrêmement vives qui s'accompagnent de vomissements et de troubles gastriques nombreux. Aussi, après avoir été débarrassée de son épulis, la malade demande à être guérie de sa hernie ombilicale.

Après désinfection très soigneuse de la région ombilicale et de l'abdomen, M. Auguste Polosson, assisté de M. Condamin, pratique la cure radicale de cette hernie par l'omphalectomie totale et la suture à trois

étages. La tumeur ombilicale est circonscrite par deux incisions elliptiques qui remontent 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic et descendent d'autant en dessous. L'écartement de ces lignes d'incision a 5 et 7 centimètres au niveau de l'ombilic. On incise la peau et le tissu graisseux sous-cutané des deux côtés jusqu'à l'aponévrose du grand oblique. On fait une hémostase soignée, puis on entaille suivant la ligne des incisions cutanées cette aponévrose du côté gauche, en ayant soin de se tenir sur le bord interne du droit, c'est-à-dire que sa gaine est ouverte sur une étendue de plusieurs centimètres. On incise ensuite l'aponévrose profonde à environ 2 centimètres du collet herniaire et l'on ouvre le péritoine.

Un gros tampon aseptique garantit l'intestin tandis qu'on va de dehors en dedans ouvrir le sac en passant par son collet. Dès que celui-ci est incisé, on s'aperçoit qu'il existe d'assez nombreuses adhérences soit épiploïques, soit intestinales.

Le collet du sac et la partie latérale gauche du sac étant ouverts de bas en haut, on libère très facilement toutes les adhérences qui apparaissent à plat. La réduction est alors effectuée sans qu'on soit obligé de réséquer l'épiploon. La libération des adhérences et la réduction n'ont pas pris plus de 5 minutes. On résèque alors le côté droit de la paroi abdominale comme du côté gauche, c'est-à-dire en ouvrant la gaine du droit correspondant. Après avoir fait la toilette des surfaces cutanées, on commence en premier plan à suturer ce qui intéresse le péritoine et le feuillet profond des droits. En doublant ainsi le péritoine de ce feuillet aponévrotique, on constate que le péritoine ne se déchire pas, que l'adossement séro-séreux est tout aussi parfait.

Dans ce cas, pour faire cette première suture, il n'est pas besoin de tirer violemment sur les fils.

Les bords s'adossent d'eux-mêmes malgré la perte de substance assez étendue dans le sens transversal.

Le second plan de suture intéresse le feuillet superficiel des droits et des bords de ceux-ci quand ils ont tendance à faire issue à travers la plaie.

Troisième plan de suture : Deux ou trois sutures profondes, les autres superficielles au fil métallique; les sutures des deux premiers étages avaient été faites au catgut. L'opération a duré une demi-heure. Pansement compressif.

Les jours qui suivirent l'opération, la malade eut quelques températures hypothermiques sans autre manifestation péritonéale.

Au dixième jour on enlève les fils superficiels. La réunion par première intention est parfaite. La plaie est souple et indolore.

Mais en enlevant les fils on a dû probablement infecter un point de la plaie, car cinq ou six jours après on trouvait sous la peau, au niveau d'un des fils superficiels, un peu de pus. On ouvre cet abcès, et l'on constate qu'il est tout à fait superficiel et que les plans profonds sont parfaitement tenus. A ce niveau, la cicatrisation secondaire s'effectue progressivement et en tout cas la contention est parfaite.

26 mars. — La malade ne présente plus qu'une suppuration légère au

niveau du fil qui a infecté la peau. La contention malgré cet incident est parfaite. Ni la toux ni les efforts ne sont douloureux et n'impriment d'impulsion intestinale au niveau de l'ancienne hernie.

Obs. III. (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Chandelux.) — *Hernie ombilicale, volumineuse, avec phénomènes de pseudo-étranglement à répétition. Cure radicale, guérison.*

Maria B..., trente-huit ans, ménagère, de Saint-Bonnet (Saône-et-Loire), entrée le 3 février 1891.

Cette malade, obèse, chez laquelle on ne note rien dans les antécédents héréditaires ou personnels, entre à l'Hôtel-Dieu pour une hernie ombilicale datant de huit ans.

Elle a eu sept enfants, dont deux seulement survivent, les autres sont morts d'affections indéterminées et en bas âge ; trois fausses couches.

Santé habituellement très bonne jusqu'au moment de l'apparition de la hernie. Celle-ci s'est produite brusquement à la suite d'une journée de fatigue excessive, sans étranglement au début. Depuis ce moment, la malade a porté un bandage qui pendant assez longtemps maintint bien la hernie. Mais peu à peu, elle cessa de l'être et la malade était sujette alors à des phénomènes péritonéaux, analogues aux phénomènes de l'étranglement et qui duraient plusieurs jours. La tumeur cessait alors d'être réductible, puis survenaient des coliques, des nausées, des vomissements, du météorisme, coïncidant avec une constipation absolue.

Puis, sous l'influence du repos au lit, tous ces phénomènes disparaissaient, et la tumeur de nouveau devenait réductible.

Ces retours périodiques d'irréductibilité et de phénomènes de pseudo-étranglement devinrent de plus en plus fréquents et, dans ces derniers temps, la malade était pour ainsi dire condamnée à l'inaction et obligée de rester au lit. Aussi se décide-t-elle à réclamer une intervention chirurgicale.

Au moment de l'entrée, la tumeur est partiellement réductible et forme sur la paroi abdominale une saillie du volume du poing. Celle-ci, recouverte d'une énorme couche adipeuse, est flasque, parsemée de vergetures et s'étale quand la malade est dans le décubitus dorsal. Aucune douleur à la pression. A la palpation, on sent une tumeur saillante, surtout en bas et à gauche. Son pédicule se continue avec l'anneau ombilical. En exerçant sur elle des pressions soutenues, on arrive à en réduire une petite partie sans gargouillement; mais les trois quarts environ sont absolument irréductibles. Matité à la percussion.

Constipation habituelle. Perte de l'appétit depuis six semaines environ. Rien d'anormal aux poumons ni au cœur. Pas d'albuminurie. Pas d'ascite. Aucun œdème des membres inférieurs.

4 avril 1891. Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision de 15 centimètres sur la ligne médiane. Dissection de la peau, puis libération de la tumeur jusqu'au plan aponévrotique. A l'ouverture du sac, on découvre une masse épiploïque, pelotonnée et condensée, adhérente à l'anneau, surtout au niveau de sa partie inférieure. Dissection des adhérences, de façon à pouvoir exercer des tractions sur la tumeur épiploïque. En agis-

sant ainsi, on voit que le côlon transverse, situé immédiatement derrière l'anneau ombilical, s'engage facilement dans la partie supérieure et celui-ci, et cette disposition anatomique explique facilement les phénomènes de pseudo-étranglement à répétition dont souffrait la malade, puisqu'il suffisait certainement d'un léger effort pour faire pénétrer dans le sac herniaire une portion du côlon. Le pédicule herniaire épiploïque est subdivisé en 5 petits pédicules secondaires à l'aide de catgut n° 3, puis toute la portion qui formait la hernie est excisée. La partie restée adhérente au côlon rentre alors d'elle-même dans la cavité abdominale. Excision complète de l'anneau ombilical qui est circonscrit par une incision elliptique à grand axe vertical. La gaine du muscle droit antérieur gauche est ouverte; à droite au contraire la section porte en plein tissu fibreux et l'on n'aperçoit pas le muscle. Hémorragie insignifiante. Suture en surjet de l'aponévrose à l'aide du catgut chromique, puis suture de la peau de la même façon. Un petit drain est placé à l'angle inférieur de la plaie. Pansement rigoureusement antiseptique; potion avec extrait thébaïque : 0 gr. 10.

5 avril. — La température d'hier et celle de ce matin atteignent 38°,5. La malade se plaint d'un peu d'oppression. Langue humide. Pas de douleur.

6 avril. — Même état.

7 avril soir. — Après une journée d'agitation et quelques légers frissons, la malade a été prise brusquement de lipothymie : facies pâle, pouls très rapide, petit, presque imperceptible. Un peu de douleur au niveau de la plaie. Nausées pénibles; un petit vomissement bilieux; langue sèche; ni météorisme; ni douleur à la pression sur le ventre. La température atteint 39°,3. Deux injections d'éther. Toutes les trois heures une injection hypodermique de 0 gr. 25 de caféine.

8 avril. — Nuit assez bonne. Le matin la malade est plus calme. Pouls toujours petit, un peu raide. Pas de vomissements, mais persistance des nausées.

On enlève le pansement. Un peu de sérosité roussâtre s'échappe du drain par les pressions. Ventre souple, non douloureux. Un nouveau pansement est simplement maintenu par un bandage de corps.

10 avril. — Bon état général. La température oscille entre 38 et 38°,4. Un peu de rougeur érysipélateuse autour de la plaie.

16 avril. — La malade se trouve bien et a repris de l'appétit. La température est normale.

21 avril. — Ouverture d'un petit abcès sous-cutané au niveau de la ligne d'incision de la peau. Apyrexie : bon état général.

8 mai. — Les suites ont été des plus simples. L'abcès s'est rapidement cicatrisé. Le malade quitte l'hôpital portant une ceinture hypogastrique avec plaque en peau chamoisée pour soutenir la cicatrice.

15 juin. — Quelques jours après être rentrée chez elle, la malade a un nouvel abcès sous-cutané, qui s'est rapidement cicatrisé. Six mois après, la guérison se maintient parfaite.

Obs. IV. (Due à l'obligeance de M. le professeur Jeannel.) — ***Hernie ombilicale avec obstruction dans le sac.***

Femme de cinquante-cinq ans. Hernie ombilicale de la grosseur d'une

tête d'enfant de deux ans. Depuis deux jours, douleurs et augmentation de volume. Hier soir, 25 octobre 1892, vomissements fécaloïdes. Un médecin essaie du taxis, il obtient une réduction très incomplète, la tumeur ballonnée contient de vieilles cybales.

La malade entre le lendemain à l'hôpital à 5 heures du soir. Kélotomie immédiate. Incision cutanée circonscrivant une ellipse de peau et le nombril, qui est dépassé en haut et en bas de plusieurs centimètres. On arrive facilement sur l'orifice ombilical, grand comme une pièce de 5 francs. Au-dessous de l'anneau et sur la ligne blanche, courte laparotomie de 3 centimètres, débridement de l'anneau péritonéal du même coup. Pas trace d'étranglement sur l'intestin qui apparaît. Essai de réduction en tirant sur le pédicule intestinal; impossible de réduire.

Large ouverture du sac. Il contient l'épiploon, les côlons transverse et ascendant, plus l'appendice. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales. Des brides multiples traversent le sac. L'intestin distendu n'est pas très congestionné, il contient des gaz et des cybales; il se contracte; il est coudé sur les brides qui l'étranglent et causent l'obstruction.

Les adhérences épiploïques sont détruites, les brides sont déchirées. On essaie de réintégrer l'intestin. La réduction est difficile. L'anneau est élargi par une incision médiane de 3 centimètres faite en bas. Réduction complète et facile du gros intestin. L'épiploon est maintenu en dehors et réséqué, la gaine des muscles droits est ouverte latéralement, au-dessus et au-dessous on enlève les bords flottants de la ligne blanche. On a ainsi un orifice musculo-aponévrotique elliptique.

Après toilette de la plaie, fermeture. Les deux bords étant assez écartés, on tire sur les deux extrémités en haut et en bas, de façon à les rapprocher. On commence la suture en surjet du péritoine; il se déchire. Les lèvres péritonéales et musculaires sont alors saisies dans le même surjet, comprenant aussi les gaines aponévrotiques. Les fils de soie sont enfoncés à une certaine distance du bord libre de la plaie, afin de mieux assurer le rapprochement des deux lèvres. Le ventre est ainsi fermé, non sans avoir exercé de fortes tractions sur les fils. Sutures cutanées (donc deux plans de suture). Pansement.

Le lendemain 27 octobre, état des plus satisfaisants. La malade a un peu de congestion pulmonaire. État abdominal excellent.

30 novembre. — Les symptômes pulmonaires ont disparu; ablation des sutures cutanées. La réunion est parfaite; pas de douleur à la pression.

Utilité d'un transplant osseux dans la cure radicale des hernies,

Par M. le Dr Thiriar, professeur à l'Université de Bruxelles.

La cure radicale des hernies, aujourd'hui admise et pratiquée par presque tous les chirurgiens, a subi dans ses procédés bien des améliorations, et dans la plupart des cas, grâce à ces perfectionnements, cette opération est devenue réellement radicale; elle procure une guérison durable et définitive.

Dans certains cas, encore trop nombreux, sous l'influence de différentes circonstances tenant soit au procédé opératoire, soit surtout à l'état des parties herniées, des récidives sont cependant observées. La plupart du temps, ces récidives proviennent du défaut de résistance de la cicatrice; la résistance des parois n'est pas assez forte, elle n'est pas assez solide et la poussée du contenu abdominal en a facilement raison.

Bien plus, la faiblesse de ces parois, et par conséquent de la future cicatrice, est une contre-indication formelle à l'opération, d'après la plupart des chirurgiens. C'est ainsi que Lucas-Championnière trouve avec raison des contre-indications opératoires « chez les individus malades ou si faibles que leurs parois abdominales, faciles à effondrer, ne permettent aucun espoir de reconstitution ».

Il en est de même des grosses hernies, car « alors, en effet, on se trouve en présence d'une hernie énorme à combler, de viscères en excès pour la contenance de l'abdomen et souvent d'une portion du gros intestin qui crée un obstacle à l'achèvement complet de la réparation de la région ».

En outre « il faut abandonner à leur sort certains hernieux qui font des hernies partout, dont la paroi abdominale s'effondre en tous les sens. On n'obtiendrait rien chez ces types de hernieux, il est donc inutile de leur faire courir une chance quelconque. »

Les contre-indications de l'opération sont donc encore trop nombreuses et la plupart des opérateurs se préoccupent à juste titre de ce défaut de résistance des parois, tant naturel qu'accidentel ou opératoire.

Pour remédier à ces graves inconvénients, on a eu recours à de nombreux procédés qu'il est inutile de discuter ici. Je me contenterai de vous signaler le conseil que donne Lucas-Championnière dans son magistral traité, car il a été le point de départ de mes recherches à ce sujet.

Notre éminent collègue conseille d'agglomérer les catguts, de faire des assemblages de ces fils pour en former une sorte de gangue pour les éléments de la cicatrice qui en devient plus puissante et plus épaisse.

C'est dans le but d'obtenir cette cicatrice épaisse, puissante, que j'ai essayé un moyen d'obturation permanente de l'orifice du trajet herniaire.

Mon procédé consiste à interposer un gros bouchon d'os décalcifié entre le moignon du sac suturé, rentré dans l'abdomen et la paroi abdominale.

Voici comment je procède :

Après avoir soigneusement disséqué le sac, l'avoir bien isolé,

je le lie le plus haut possible au delà de l'anneau interne et je fais alors la résection; le moignon abandonné disparaît derrière la paroi abdominale. Entre cette paroi et le péritoine, de façon à boucher complètement l'orifice herniaire, j'interpose une solide plaque d'os décalcifié qui est bien maintenue dans sa position par quelques sutures qui rapprochent et réunissent les piliers des bords de l'orifice.

La grandeur de cette plaque doit dépasser celle de l'ouverture de l'anneau; ordinairement elle a 3 à 5 centimètres de long sur autant de large et 8 à 12 millimètres d'épaisseur.

Tous les différents plans sont ensuite réunis par quelques sutures en catgut, le canal est autant que possible reconstitué; la suture de la peau est ensuite pratiquée avec drainage s'il y a lieu.

Quelques précautions opératoires sont à observer lorsqu'on fait usage de cette méthode :

La plaque osseuse doit dépasser en dimension l'ouverture de l'orifice herniaire; elle doit être interposée soigneusement entre le péritoine et cet orifice qui est suturé sur le transplant. Lors de mes premières opérations, j'ai maintenu en place cette greffe osseuse en la comprenant dans les catguts qui rapprochent les bords de l'orifice herniaire; j'ai depuis reconnu que cette pratique était inutile. Il est facile d'interposer la plaque osseuse entre le péritoine qui se décolle facilement et la paroi abdominale, et elle est très bien maintenue en place par la suture des différents plans abdominaux.

J'ai pratiqué vingt et une fois cette opération depuis le mois de septembre dernier; j'ai obtenu ainsi une cicatrice solide, résistante; je n'ai pas encore observé de récidive.

Cependant j'ai choisi pour appliquer cette greffe osseuse, les plus mauvais cas de ma pratique : hernies opérées et récidivées jusqu'à 3 reprises; hernies volumineuses à parois très faibles, à ouverture très large; hernie énorme du gros intestin, etc., etc.

C'est ainsi qu'une de mes opérations a été pratiquée chez un individu âgé de cinquante-cinq ans, porteur d'une hernie inguinale gauche énorme, descendant jusqu'au genou. Le contenu en était formé par l'intestin grêle et l'épiploon, facilement réductibles, et par tout le côlon descendant et l'S iliaque, qui faisaient partie de la paroi postérieure du sac. L'incision que je fis avait 32 centimètres de longueur. Je rentrai l'intestin grêle et réséquai 525 grammes d'épiploon. Je dus pour faire rentrer le gros intestin fendre largement la paroi abdominale et rentrer naturellement avec lui la partie postérieure du sac. Après ligature soigneuse des débris de celui-ci, je reconstituai la paroi abdomi-

nale au moyen de nombreuses sutures réunissant successivement les différents plans, et j'interposai entre l'ouverture et le péritoine une plaque osseuse large de 6 centimètres, longue de 4 centimètres 1/2 et épaisse de 6 millimètres; ce transplant provenait de l'omoplate d'un porc. La guérison opératoire de ce malade est complète depuis quelques semaines. Il est trop tôt pour juger des résultats définitifs, que tout fait prévoir être excellents.

Quel est le rôle de cette greffe osseuse? Que devient-elle dans les tissus?

Je repousse le péritoine de façon que, comme je m'en suis assuré par des expériences cadavériques, il existe sur la surface péritonéale une saillie du péritoine au lieu d'une fossette, d'une cavité, future amorce pour une nouvelle hernie.

Ce transplant joue le rôle de soutien; il se résorbe peu à peu, il ne persiste pas, ne s'ossifie naturellement pas puisque les éléments nécessaires lui manquent pour cela, mais il est remplacé au fur et à mesure de sa disparition par un tissu fibreux, solide, résistant, qui se fusionne avec les parties voisines pour fermer complètement l'orifice herniaire.

On peut le considérer comme une charpente dans laquelle le tissu embryonnaire destiné à se transformer en tissu cicatriciel solide est déposé graduellement de la périphérie vers le centre. Il disparaît donc peu à peu sans trace, mais laisse comme effet durable un tissu fibreux solide, véritable barrière qui s'oppose dans l'avenir à toute nouvelle effraction de la part des viscères abdominaux.

J'ai pu constater dans deux cas la manière dont la résorption de cette greffe osseuse s'accomplit.

La première de ces observations se rapporte à ma cinquième opération, pratiquée le 13 octobre dernier. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, tailleur de profession, et porteur d'une grosse hernie inguinale congénitale droite. On pouvait facilement introduire deux doigts dans l'anneau. J'avais interposé entre cet anneau et le péritoine un gros morceau d'os décalcifié provenant du fémur d'un porc. Ce transplant mesurait 4 centimètres de long, 3 1/2 de large et 12 millimètres d'épaisseur. J'avais ensuite réuni, capitonné toutes les parties cruentées au moyen de sutures en catgut n° 3 qui, à cette époque, laissait à désirer au point de vue de l'antisepsie. Les premiers jours furent excellents; le 19, c'est-à-dire six jours après l'opération, je constatai une gouttelette de pus au niveau de 2 points de suture de la peau; le 30, l'angle supérieur de mon incision s'ouvrit pour laisser échapper du pus phlegmoneux dans lequel se trouvait ce qui restait de mon transplant osseux. Ce morceau avait une forme trapézoïde et

mesurait 2 centimètres 6 millimètres en longueur, 2 centimètres en largeur et 6 millimètres en épaisseur. Il avait donc, en 15 jours, subi une résorption notable.

Au microscope, sur une coupe, cette greffe offre la structure d'un os compact, se colorant à peine par les matières colorantes. Dans les canaux de Havers, près de la périphérie, on constate la présence de quelques leucocytes se laissant colorer par l'hématoxiline. La surface de ce fragment est recouverte entièrement de leucocytes remplissant les anfractuosités que l'on trouve sur les bords de la coupe.

Le 26 novembre, l'opéré sortit de l'hôpital radicalement guéri; je l'ai revu il y a quelques jours, la cicatrice est solide, résistante; il n'existe aucune trace de récidive et il ne porte pas de bandage.

Pareil accident m'est arrivé à ma huitième opération et toujours à cause du mauvais catgut que j'avais employé. Il s'agit ici d'un relieur âgé de quarante-deux ans. Trois ans auparavant, un de mes collègues l'avait opéré des deux côtés à la fois pour hernie inguinale. Il fut admis dans mes salles pour une récidive double plus prononcée à droite qu'à gauche. A droite, l'anneau peut admettre quatre doigts.

Le 16 novembre 1892, je pratiquai la cure radicale de la hernie droite; j'interposai un transplant long de 4 centimètres 6 millimètres, large de 3 centimètres 2 millimètres et épais de 11 millimètres et je fis le capitonnage des différents plans par du catgut n° 3.

Le 27, c'est-à-dire 11 jours après l'opération, apparition de quelques gouttelettes de pus par 2 points de suture; à leur niveau la ligne de réunion se désunit, et le 23 décembre seulement eut lieu la sortie d'un fragment du transplant, ressemblant tout à fait à un cotylédon de haricot et mesurant en épaisseur 4 millimètres au maximum, en longueur 22 millimètres et en largeur 9 millimètres. Ce fragment est très mou, très flexible et a une surface rugueuse.

Au microscope, sur une coupe, on constate des bords anfractueux et à l'intérieur de la substance osseuse on ne trouve aucune infiltration cellulaire.

De ces observations, il résulte que les éléments cellulaires n'infiltrent pas le transplant osseux comme ils le font quand on greffe un morceau d'éponge ou de catgut. Ce transplant est usé en quelque sorte par les éléments embryonnaires cicatriciels qui se substituent peu à peu aux éléments morts du morceau d'os.

La présence de cet os décalcifié force les cellules embryonnaires à s'accumuler autour de lui pour l'engloutir couche par couche et le faire ainsi disparaître.

Le tissu cicatriciel remplace successivement les éléments organiques de la greffe osseuse comme on remplace successivement les pierres vermoulues d'un édifice qu'on veut consolider et remettre à neuf.

Il en résulte une cicatrice solide, résistante, et si on a soin en outre de bien réunir les parois du canal inguinal et les divers plans que l'on a dû couper, cette cicatrice vient s'appuyer sur un boudin fibreux, dur, résistant, et le tout forme une cuirasse, un obstacle presque insurmontable aux poussées qui viennent de la cavité abdominale.

Contusion de l'abdomen, septicémie intestino-péritonéale. Indications opératoires.

Par le Dr A. Boiffin, ancien Prosecteur de la Faculté de Paris,
Professeur suppléant à l'École de médecine,
Chirurgien suppléant des hôpitaux de Nantes.

Dans les plaies de l'abdomen, la règle de conduite n'est pas encore déterminée d'une façon absolue, même quand le caractère évident de la pénétration existe. Il y a encore des abstentionnistes; mais pour beaucoup de chirurgiens, pénétration est synonyme de lésion viscérale, la laparotomie immédiate s'impose, et il est bien certain que les interventionnistes ont gagné beaucoup de terrain dans ces derniers temps.

Mais, dans les contusions de l'abdomen, la doctrine de la laparotomie exploratrice immédiate ne peut plus se baser sur le fait tangible de la pénétration, car alors même que la contusion est grave, il n'y a le plus souvent que des lésions peu importantes de la paroi abdominale, et quelquefois cette paroi ne conserve même pas la trace du traumatisme, l'épiderme ne porte pas la moindre éraflure, tandis que l'intestin ou un autre viscère peut être atteint d'une lésion à peu près fatalement mortelle si elle est abandonnée à elle-même. La question se présente donc encore plus obscure dans les contusions de l'abdomen, et l'examen des symptômes reste le seul guide dans la détermination à prendre.

Parce qu'un certain nombre de contusions de l'abdomen peuvent guérir sans intervention, l'abstention doit-elle être la règle ordinaire même quand il y a quelques phénomènes d'irritation péritonéale, et faut-il attendre l'apparition des signes bien nets de la péritonite, de la perforation intestinale, pour intervenir?

Cette question a été mise à l'ordre du jour du premier Congrès

de chirurgie en 1885 et a été l'objet d'un travail très intéressant du Dr Chavasse, qui, en montrant l'excessive léthalité des lésions de ce genre, justifiait ses tendances interventionnistes très marquées, très hardies pour cette époque.

Dans un long article de la *Revue de chirurgie*, en 1890, M. Moty a repris cette question à propos d'un cas où il pratiqua la laparotomie, et bien que son intervention précoce ait été couronnée de succès, ce chirurgien termine son travail par des conclusions qui entraîneraient plutôt un mouvement de recul dans la chirurgie abdominale, si elles ne s'appuyaient, ainsi que nous le montrerons, sur une étude clinique incomplète et sur les conséquences fâcheuses d'une technique opératoire défectueuse ayant abouti à la désunion de la section abdominale.

Dans ses conclusions, M. Moty arrive à dire : « Il n'est pas permis de se servir de la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic (de la perforation); l'expectation et le traitement médical sont toujours indiqués en cas de doute. »

Or, dans l'immense majorité des cas, le chirurgien reste dans le doute sur la nature, le siège, la gravité des lésions viscérales dans ce genre de traumatisme que Chavasse a proposé avec raison d'appeler *lésions fermées* de l'abdomen. Et cette persistance du doute résulte de l'impossibilité d'affirmer l'existence d'une perforation ou d'une plaque de sphacèle par des signes certains : que ce soit le vomissement sanglant, les selles sanglantes, l'épanchement stercoral dans le péritoine, la douleur vive éprouvée après la déglutition des liquides, tous ces signes indiquant l'urgence de l'intervention sont malheureusement inconstants et rares, et la péritonite elle-même peut ne se révéler que très tardivement, ou bien au contraire exister plus ou moins intense sans perforation.

Cette incertitude, cette hésitation dans la conduite du chirurgien se retrouvent dans les indications formulées par notre maître et ami M. Jalaguier dans son remarquable article du *Traité de chirurgie* : « A moins d'indication pressante (vomissement sanglant, vomissements persistants et augmentant rapidement de fréquence, ballonnement et surtout tympanite), il faut attendre et instituer un traitement médical. Il est prudent de continuer à tenir les malades en observation pendant plusieurs jours après la cessation de tous les symptômes, car on connaît des cas de perforations secondaires se faisant au moment où le malade paraissait guéri. Il n'y a qu'à temporiser jusqu'à ce que les symptômes de lésion interne aient apparu, ou jusqu'à ce que le laps de temps pendant lequel ils peuvent se montrer soit écoulé. »

Mais ces perforations secondaires, qui transforment subitement les cas légers en cas mortels, ne sont-elles pas la preuve qu'une

lésion grave peut exister, restant longtemps comme une menace permanente sans se révéler par les signes ordinaires, et alors l'expectation n'est-elle pas beaucoup plus dangereuse qu'une intervention précoce?

Nous avons dit que cette étude clinique des contusions de l'abdomen était incomplète : en effet, en dehors de la péritonite aiguë avec tout son cortège d'accidents se déroulant avec plus ou moins de fracas, que le clinicien hésitant attend avec anxiété, cherchant à surprendre les premiers symptômes précurseurs (?), il existe une modalité de signes d'une nature toute différente, mal connue, mal cherchée et qui cependant constitue une indication pressante pour l'intervention, car c'est la révélation de cette lésion qui menace d'aboutir d'un moment à l'autre à la perforation secondaire, rapidement mortelle, et qui détermine dès le début une infection de plus en plus profonde de tout l'organisme.

Les anciens auteurs, Jobert de Lamballe, Travers, avaient bien reconnu tous les dangers de cette *forme latente* bien différente de la forme classique de la péritonite suppurée. H. Morris, dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, a bien nettement décrit ces accidents sous le nom de *forme asthénique* de la péritonite.

Mais c'est surtout à notre ami Verchère que nous devons la connaissance de ce type clinique qu'il étudia sous le nom de septicémie intestino-péritonéale dans un article remarquable de la *Revue de chirurgie* en 1888. Ce n'est pas seulement en effet par la marche et la nature des symptômes que cette forme d'accidents diffère de la péritonite, mais à l'autopsie on ne retrouve pas les lésions de l'inflammation aiguë de la séreuse abdominale, c'est à peine s'il y a une rougeur diffuse sur les anses intestinales et au lieu d'exsudats abondants et adhérents on n'observe qu'une petite quantité d'un liquide rougeâtre accumulé dans le fond du cul-de-sac de Douglas.

C'est ce type clinique que nous avons retrouvé récemment dans un cas de traumatisme de l'abdomen par coup de pied de cheval; c'est en reconnaissant les symptômes insidieux de la septicémie intestino-péritonéale que nous avons porté rapidement un pronostic grave malgré toutes les apparences d'une bénignité rassurante durant plusieurs jours; et tous nos efforts pour faire accepter une laparotomie précoce ayant échoué, le résultat désastreux de l'abstention donne à la relation de ce fait un intérêt capital au point de vue doctrinal.

Observation. — Un homme âgé de trente-trois ans, d'une vigoureuse constitution, manœuvre, est entré le 17 mai 1892 à l'Hôtel-Dieu, où il est couché au n° 6 de la salle 12, dans le service de mon maître M. le professeur Jouon, que j'avais l'honneur de remplacer.

Le matin même, à neuf heures, ce garçon a reçu un coup de pied de cheval dans la région sous-ombilicale. Interrogé par M. Martin, interne du service, il précise qu'il était placé assez près du cheval au moment de l'accident. Le coup n'avait donc pas été très violent; aussi il n'y avait eu ni chute ni perte de connaissance, mais seulement une vive douleur abdominale nécessitant le transport du malade à l'Hôtel-Dieu.

A onze heures et demie, l'examen du malade ne révèle à l'interne qu'une contracture très forte des muscles abdominaux avec une douleur assez vive limitée dans la région sous-ombilicale, mais aucune trace de contusion, aucune ecchymose, pas la moindre lésion des téguments. Le ventre n'est pas ballonné, plutôt serait-il rétracté; le pouls est petit, fréquent, la soif vive. Pas de vomissement, pas de hoquet. L'interne fait appliquer aussitôt douze sangsues, de chaque côté de la ligne médiane dans la région sous-ombilicale, puis une vessie remplie de glace dans la soirée; enfin 10 centigr. d'extrait thébaïque sont administrés en 5 pilules. Dans la soirée, le malade, sans accuser de grandes douleurs abdominales, est très agité, se tourne en tous sens dans son lit; à cinq heures il urine seul, les urines sont rares et chargées, rouges.

Le pouls est toujours petit, fréquent; température = 38°,2.

18 mai. — L'état est le même que la veille, très peu de douleur spontanée, seulement au niveau de la région sous-ombilicale; la pression de ventre n'est douloureuse qu'à cet endroit, on peut palper facilement toute la périphérie; la percussion ne révèle que la sonorité intestinale et stomacale normale, pas de ballonnement, pas de vomissements; l'agitation est moins marquée que la veille, mais le pouls est toujours petit, fréquent, à 120, de plus *la température est à 36°,5*. Je propose au malade de ne pas attendre plus longtemps et de faire de suite une incision abdominale pour pratiquer l'exploration de son intestin sur lequel il doit y avoir une anse menacée de gangrène et de perforation secondaire, ce diagnostic reposant sur les qualités du pouls, l'abaissement de température et l'agitation, bien que les autres symptômes au contraire paraissent d'une grande béniguité.

Le malade refuse, ne se sentant pas sérieusement menacé. Traitement : glace, diète, opium.

Le soir, à quatre heures, je le revois, l'état est stationnaire, le pouls est toujours petit, à 116. La température à 37°,8.

19. — Troisième jour; la nuit a été assez bonne, le malade a dormi à plusieurs reprises. Les douleurs abdominales ont été peu intenses, mais le matin le malade est très agité et altéré; le ventre est très ballonné et dur dans toute son étendue; *dans l'immobilité complète le malade ne souffre pas*, mais la douleur se manifeste au moindre mouvement. La respiration a revêtu le type thoracique, tant la tension abdominale est grande. Température à 37°,6, pouls à 112. La malade oppose le même refus à toute intervention opératoire, il demande qu'on attende. Le soir, même état ; température à 38°,2, pouls à 112 ; même traitement.

20. — Quatrième jour; la nuit a été très mauvaise, insomnie complète, douleurs abdominales assez vives et continues, sans nausées, ni vomis-

sement. La tension du ventre est encore plus grande; le facies est grippé. *Température* à *37°,6, pouls* à *110*.

21. — Cinquième jour. Le malade est extrêmement agité, la gêne respiratoire due à la distension énorme de l'abdomen est considérable; les nausées sont apparues dans la nuit et dans la journée il y a plusieurs *vomissements* verdâtres très abondants. Mais malgré tout cela les douleurs abdominales ne sont pas très vives. Le pouls est de plus en plus petit, filiforme, et le soir la température monte à 39°. Le malade voyant son état devenir subitement grave veut sortir de l'Hôtel-Dieu et à huit heures du soir, il se fait transporter chez lui.

Dans les jours suivants, l'interne est allé prendre de ses nouvelles, les accidents se sont précipités, le ventre est devenu énorme, les vomissements incessants et tous les symptômes de la péritonite par perforation se sont accusés, la température dépassait 39°; enfin le malade succombait le 26, dix jours après l'accident.

Cette observation est d'un très grand intérêt, car elle montre toute la gravité d'un traumatisme en apparence relativement simple, et la terminaison vient justifier le traitement opératoire qui paraissait démesuré, étant donné le peu d'intensité des symptômes du début.

Ce fait vient donc brutalement contredire les espérances des abstentionnistes, en montrant l'insuffisance du traitement médical. En effet, voilà un homme robuste qui reçoit un choc pas très violent dans l'abdomen, car il était près du cheval, la ruade ne pouvait donc s'étendre pour lancer fortement le coup; cet homme n'a pas été renversé, il n'a pas perdu connaissance, la peau de l'abdomen ne porte aucune trace de contusion; la douleur est peu vive, même au point contusionné, aucun symptôme alarmant ne se manifeste dans la première journée. Le deuxième jour il n'y avait aucun signe de perforation intestinale, loin d'assister à l'explosion d'une péritonite suraiguë, que M. Moty indique comme l'un des principaux signes, la température descend à 36°,5; dans le second jour, le ventre reste souple, sans ballonnement; il n'y a ni nausées ni vomissements, le facies est à peine grippé, il n'y a pas de garde-robes sanglantes, le malade prend des boissons sans ressentir de douleurs vives et immédiates indiquées encore par M. Moty comme un bon signe de perforation de la partie supérieure de l'intestin; enfin la percussion n'indique pas la présence d'un épanchement de liquide ou de gaz dans le péritoine.

Il n'y a pas de perforation, il n'y a pas d'hémorragie dans la cavité péritonéale, par conséquent il n'y avait donc qu'à garder l'expectation et à continuer le traitement médical. Mais c'est une erreur énorme que d'attendre les signes d'une perforation intesti-

nale qui va se faire plus tard alors que l'infection générale, la parésie intestinale seront établies.

Ce n'est que le *troisième jour* que le *ballonnement* du ventre apparaît, mais il devient rapidement énorme et constituerait une grande difficulté pour l'intervention dès lors beaucoup plus grave.

Ce n'est que le *quatrième jour* que les *douleurs* abdominales spontanées deviennent plus vives et continues, et cependant il n'y a pas de vomissement, pas même de nausée; la température reste à 37°,6.

Enfin, ce n'est que le *cinquième jour* que surviennent quelques vomissements bilieux, et ce n'est que le soir que la température qui était restée normale monte rapidement et atteint 39°, en même temps que les autres accidents se précipitent et s'aggravent au point que le malade qui jusque-là ne se sentait pas gravement atteint a, dès lors, la conviction qu'il est inévitablement perdu.

J'ai proposé à ce malade la laparotomie immédiate parce que je trouvais le pouls petit, serré, fréquent, la respiration anxieuse, l'agitation marquée et surtout parce qu'il y avait discordance entre la fréquence du pouls et la température tombant à 36°,5, parce qu'en un mot, je retrouvais chez le malade le syndrome de la septicémie intestino-péritonéale, en dehors de tout signe d'un épanchement sanguin ou stercoral dans le péritoine.

C'est en effet cette septicémie qui fait tout le danger à la fois imminent et insidieux dans les contusions de l'abdomen, c'est cette infection générale qui se fait peut-être par une fissure étroite de la paroi intestinale rompue, mais plus probablement par un point de cette paroi frappé de sphacèle, n'opposant plus une barrière au passage des agents infectieux et des toxines de l'intestin et les laissant filtrer d'une façon continue et abondante à travers les éléments anatomiques frappés de mort.

Ce sont des phénomènes de septicémie sans péritonite qui se sont lentement déroulés pendant quatre jours entiers, et la rupture secondaire ne s'est faite que le cinquième jour et s'est révélée alors par tous les signes d'une péritonite suraiguë; mais il était beaucoup trop tard à ce moment pour intervenir utilement et ce sont ces interventions trop tardives des abstentionnistes qui chargent le taux de la mortalité du traitement opératoire.

Où donc trouver l'indication précise de l'intervention, et que deviennent les divisions schématiques des classiques en cas légers, moyens et graves quand tout peut changer d'un moment à l'autre par l'apparition de la péritonite secondaire foudroyante?

En clinique, au point de vue du pronostic, la valeur de ces divisions est nulle, car elles sont arbitraires; elles ne fournissent pas une ligne de conduite bien nette en thérapeutique.

Les troubles des premières heures, après l'accident, n'ont pas de valeur diagnostique; la commotion, la stupeur générale du début peuvent être très intenses en l'absence de toute lésion viscérale; et d'autre part, elles peuvent être nulles ou à peu près et être suivies de mort comme dans notre cas.

Mais on peut dire que si, après les douze ou vingt-quatre premières heures, les accidents persistent, il y a une lésion menaçante; et ces accidents peuvent revêtir deux types; dans des cas exceptionnels, le chirurgien peut avoir la certitude d'une perforation intestinale ou d'une hémorragie intra-péritonéale, la péritonite générale éclate rapidement et la situation est bien nette, l'intervention est reconnue urgente.

Mais dans les autres cas, la septicémie intestino-péritonéale révélant une lésion grave s'établit lentement, silencieusement, elle passe inaperçue pour celui qui attend les signes de la perforation; les seules ressources de la nature peuvent quelquefois arrêter l'infection et conjurer le danger de la perforation secondaire, mais plus souvent les accidents se précipitent tout à coup quand le malade semblait devoir guérir, et de ces cas légers font des cas mortels.

Il y a donc là un véritable vice de raisonnement quand après avoir reconnu et déclaré que le diagnostic de la perforation est le plus souvent impossible, on arrive à une conclusion telle que celle-ci : « Il n'est pas permis de se servir de la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic; l'expectation et le traitement médical sont toujours indiqués en cas de doute. »

Si l'on attend ainsi que les accidents péritonitiques soient nettement accusés, si l'on ne sait pas interpréter les troubles réflexes éloignés révélant l'infection septique d'abord localisée, on laisse l'intoxication envahir l'organisme entier, la parésie développer le ballonnement de toute la masse intestinale et les forces du patient s'épuiser.

Cette conduite trop timorée réservera souvent des résultats désastreux, et pour indiquer la véritable voie à suivre, il suffit de renverser les termes de la proposition précédente, et de dire : « Il est nécessaire de se servir de la laparotomie exploratrice pour faire le diagnostic en cas de doute, car alors le traitement médical et l'expectation sont toujours contre-indiqués. »

Il faut, en effet, qu'il soit bien admis aujourd'hui que la laparotomie exploratrice est une opération absolument bénigne en elle-même; l'ouverture du péritoine pratiquée par un chirurgien réellement aseptique est dépourvue de dangers.

Ce qui fait la gravité d'une laparotomie dans les traumatismes de l'abdomen, c'est d'abord l'importance, la multiplicité des lésions

viscérales pour lesquelles on intervient, et puis l'état des forces du patient. Si ces lésions sont légères, d'une réparation facile, l'opération n'est pas grave, et elle est très utile ; à plus forte raison, s'il n'y a aucune lésion, cette intervention sera-t-elle d'une simplicité et d'une bénignité certaines.

Et si l'on vient dire : « Mais elle a été inutile », il ne faut pas oublier que le diagnostic de la perforation intestinale est dans ce cas impossible et que l'on est pris dans cette alternative : garder une expectation remplie de dangers ou bien pratiquer une opération bénigne.

L'hésitation ne saurait exister dans l'esprit d'un chirurgien fortement préparé à la chirurgie abdominale, confiant dans ses aides instruits et disposant d'un matériel opératoire véritablement aseptique dans toute la force du terme.

C'est au chirurgien à réunir toutes ces conditions de succès, et alors la laparotomie exploratrice s'impose dans ces traumatismes où le diagnostic clinique reste impuissant.

M. Michaux (de Paris). — J'ai observé trois malades atteints de contusion abdominale grave; ces trois faits viennent à l'appui des conclusions de M. Boiffin.

Un de mes malades avait reçu sur l'abdomen le choc d'un tonneau. Je lui proposai la laparotomie : elle fut refusée, et le malade mourut au bout de quelques jours avec tous les signes d'une perforation.

Le second reçut également un choc violent sur l'abdomen : je le vis au bout de quatorze heures et proposai la laparotomie, qui fut acceptée. Je trouvai dans la région qui avait été le siège de la contusion, au niveau de l'angle du côlon, une perforation d'un centimètre et demi de large. Je suturai cette perforation et enlevai le peu de matières qui s'étaient écoulées : le malade a guéri.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme qui était tombé de la hauteur d'un troisième étage; il y avait un peu de matité dans le flanc gauche. J'opérai et trouvai dans le péritoine un épanchement de sang que j'évacuai : ce malade a également guéri.

De ces trois faits, je conclus que dans les contusions abdominales l'abstention est funeste; l'intervention a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est plus rapide.

M. Zancarol (d'Alexandrie). — Dans un cas de contusion abdominale que j'ai eu l'occasion d'observer, la guérison est survenue sans opération, malgré des signes très prononcés de dépression : l'intervention ne peut donc pas être préconisée pour tous les cas.

Note sur sept cas de tarsectomie pour pieds bots varus équins congénitaux,

Par le Dr Albert Panné, ex-Interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers.

Nous avons eu à soigner à l'hôpital de Nevers, depuis un peu plus d'un an, quatre enfants atteints de pieds bots varus équins congénitaux. Chez trois d'entre eux l'affection était bilatérale, ce qui porte le nombre de nos observations au chiffre de sept.

Nos observations se divisent en deux groupes au point de vue du degré de la difformité et du procédé opératoire auquel nous avons eu recours.

I. Dans le premier groupe, nous rangerons cinq cas de pieds bots arrivés au second degré (avant-pied en adduction complète, enroulé autour du bord interne, formant avec l'arrière-pied un angle à peu près droit, talon plus ou moins élevé au-dessus du sol, la marche s'effectuant sur le bord externe du pied et une portion de sa face dorsale).

Nous avons hésité pour le traitement de ces cas entre l'opération de Phleps, le redressement forcé sous le chloroforme et les différents procédés de tarsectomie. La méthode de Phleps ne nous avait donné dans un cas antérieur de pied bot au 1er degré aucun résultat, peut-être parce que nous n'avions pas poussé assez loin les sections tendineuses et ligamenteuses : nous avons craint qu'elle ne fût encore moins efficace dans des cas de pieds bots au 2e degré et dans lesquels la déformation tenait plus à un développement osseux anormal qu'à une rétraction des parties molles. Quant au redressement forcé sous le chloroforme, il nous a été impossible chez nos malades, à cause de la résistance considérable opposée par la déformation osseuse, de l'effectuer à l'aide des mains seules, et nous manquions de l'appareil instrumental nécessaire dans les cas où l'on doit employer les machines à levier. Nous avons donc eu recours à la tarsectomie, et nous avons persévéré dans son emploi en constatant les résultats satisfaisants que nous en retirions.

II. Le second groupe comprend deux cas de pieds bots au 3e degré (pieds reposant sur le sol exclusivement par leur face dorsale : avant-pied complètement rétracté en dedans et en haut, formant avec l'arrière-pied, au niveau de la face plantaire, un angle aigu : talon enroulé en dedans, et élevé de 5 à 6 centimètres au-dessus du sol). La difformité était trop accentuée dans ces deux cas pour pouvoir être justiciable, à notre avis, d'un traitement

autre que la tarsectomie, et celle-ci a dû être pratiquée si largement qu'elle a abouti à un véritable désossement du tarse.

Nous allons donner un résumé de ces deux séries d'observations.

1° *Tarsectomies pour pieds bots au second degré.*

Le procédé de tarsectomie auquel nous nous sommes arrêté consiste dans les deux actes suivants :

1° Résection de l'astragale, ayant pour but de faire disparaître l'équinisme;

2° Résection d'un coin osseux du bord externe du pied comprenant une portion de l'extrémité antérieure du calcanéum et de la face postérieure du cuboïde, portions d'étendue variable suivant le degré plus ou moins avancé de la difformité : cette seconde opération ayant pour but de faire disparaître l'adduction.

Chacune de nos interventions a donc consisté dans les temps suivants, sur lesquels nous ne reviendrons pas à propos de chaque observation :

1° Après application de la bande d'Esmarch, incision cutanée sur la face dorsale du pied, de tracé variable, à lambeau unique ou à deux lambeaux, mais disposée de façon à découvrir largement la région tarsienne depuis le cuboïde jusqu'à l'articulation du cou-de-pied. Dissection et écartement des lambeaux.

2° Dissection et écartement en dedans du paquet des tendons, vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs : libération et écartement en dehors des tendons des péroniers latéraux : section du muscle pédieux, nettoyage du creux astragalo-calcanéen.

3° Ablation de l'astragale, après section de ses moyens d'union antérieurs et externes.

4° Résection cunéiforme aux dépens du bord externe du pied, exécutée soit avec le bistouri seul, soit avec des pinces tranchantes.

5° Ligatures artérielles en cas de besoin, régularisation et suture des lambeaux cutanés, application d'un appareil plâtré.

Ces opérations ont du reste été exécutées avec la méthode de l'asepsie simple dont nous usons exclusivement : elles ont eu des suites parfaitement normales, sans élévation de la température, et avec réunion par première intention.

Observation I. — M...., âgé de six ans, habitant Mhère (Nièvre). atteint de pied bot varus équin congénital à droite, nous est adressé par notre collègue à l'hôpital de Nevers, le docteur Jourdan.

Le pied repose sur le sol par son bord externe et une portion de la

face dorsale au niveau du cuboïde; une large et épaisse bourse séreuse recouvre la région de support. L'avant-pied est en adduction complète et forme un angle droit avec l'arrière-pied. Le talon est soulevé, sa surface plantaire regarde en dedans.

L'astragale et l'extrémité antérieure du calcanéum font une saillie volumineuse à la face dorsale.

Le pied ne se prête à aucune réduction manuelle.

Les muscles du mollet sont peu atrophiés. Le pied gauche est tout à fait sain.

Opération le 30 novembre 1891.

La *résection* de fragments de l'astragale ne permet pas la réduction de l'équinisme, qui disparaît au contraire facilement dès que l'os est enlevé totalement.

Résection cunéiforme du bord externe du pied comprenant un centimètre environ de l'extrémité antérieure du calcanéum, sans toucher au cuboïde. Le redressement du pied est dès lors possible, mais l'adduction ne se corrige cependant qu'avec un certain effort.

Après suture et pansement, application d'un appareil plâtré qui immobilise le pied au maximum de redressement. Malheureusement, cet appareil, exerçant une compression trop forte, est mal supporté, donne lieu à la production de phlyctènes, et doit être remplacé au bout de quelques jours par un autre plâtre qui redresse moins énergiquement le pied et permet un certain mouvement d'adduction. Ces inconvénients auraient été évités si la résection du bord externe avait été plus étendue et si le pied avait par suite pu être maintenu redressé sans efforts.

Le plâtre est laissé en place un mois : le pied est à ce moment consolidé : son extrémité antérieure est en adduction légère, mais la plante du pied et le talon antérieur reposent franchement sur le sol. Un massage journalier rend rapidement au pied sa mobilité, et, quelques semaines après, l'enfant quitte l'hôpital, marchant bien avec des souliers ordinaires.

Cet opéré habitant fort loin de Nevers, nous n'avons pu le revoir, mais nous avons reçu de ses nouvelles ces jours derniers, c'est-à-dire seize mois après l'opération.

« L'enfant, nous écrit son père, marche bien, et sans se fatiguer : le « pied a toujours tendance à verser en dehors, et use la chaussure de ce « côté; aussi je mets toujours des clous en dehors, car il n'use presque « pas en dedans. »

Le résultat n'est donc pas parfait : il aurait été meilleur assurément si la tarsectomie eût été moins parcimonieuse, ou si le jeune malade fût resté à notre disposition et que nous eussions pu lutter contre la tendance au retour de la difformité soit par le redressement manuel, soit par le port d'une chaussure appropriée.

Obs. II et III. — C....., âgé de cinq ans, habitant Nevers, est atteint de pied bot varus équin bilatéral au deuxième degré.

Les deux pieds sont également déformés : ils reposent sur le sol par leur bord externe et la face dorsale voisine, au niveau de l'extrémité

antérieure du calcanéum et du cuboïde : une large bourse séreuse se trouve au point de support. L'avant-pied, transversalement dirigé, est séparé de l'arrière-pied par une scissure plantaire profonde et forme avec lui un angle droit.

Le talon est soulevé et la surface plantaire regarde en dedans. L'enfant marche avec un appareil à tuteurs latéraux qui blesse le pied sans le



Fig. 5. — Pieds de C..... avant l'opération.

redresser. La réduction manuelle de la difformité sous le chloroforme semble impossible à cause de la résistance des os.

Opération du pied droit le 17 mai 1892.



Fig. 6. — Pieds de C..... après l'opération.

L'extirpation de l'astragale supprime l'équinisme : l'ablation d'un coin osseux du bord externe du pied, comprenant un centimètre et demi de l'extrémité du calcanéum et quelques millimètres du cuboïde, corrige l'adduction. Les surfaces osseuses du calcanéum et du cuboïde s'adaptent exactement l'une à l'autre, et le pied est maintenu redressé sans effort.

L'opération du pied gauche est exécutée huit jours après, le 24 mai, exactement de la même façon. Les appareils plâtrés sont laissés en place un mois, puis les pieds sont soumis à un massage journalier. L'enfant

commence à marcher seul un mois et demi après la seconde tarsectomie.

Nous avons revu notre opéré ces jours derniers, c'est-à-dire dix mois après l'intervention. Bien qu'il n'ait jamais porté de soulier spécial, nous avons constaté que la correction obtenue s'est maintenue. Les deux pieds reposent franchement sur le sol, leur empreinte est normale, ils ont conservé une cambrure suffisante, ils n'ont aucune tendance au mouvement d'adduction et à l'enroulement. Les mouvements des nouvelles articulations tibio-tarsiennes existent, mais plus limités qu'à l'état normal.

L'enfant marche sans aucune fatigue : il court, mais avec raideur, ce qui tient autant au peu de développement de ses mollets qu'au défaut de souplesse de ses pieds. Il saute à pieds joints et se tient facilement debout sur la pointe de ses pieds.

En résumé, le résultat doit être considéré comme très bon, et l'opération remonte à une période déjà assez éloignée pour qu'on puisse espérer qu'il se maintiendra.

Obs. IV et V. — L....., âgé de trois ans, habitant Cercy-la-Tour (Nièvre), atteint de pied bot varus équin congénital double, nous est adressé en octobre 1891, par notre confrère le docteur Walsdorff.

A cette époque, la difformité n'est encore qu'au premier degré et nous pensons que l'opération de Phleps suffira à la corriger : nous la pratiquons le 19 octobre, sur le pied droit. Elle ne nous donna aucun résultat et le redressement insuffisant obtenu ne put être maintenu par un appareil plâtré redresseur. Aussi nous décidâmes-nous à une tarsectomie, mais, par suite d'une maladie fort longue de l'enfant consistant en diarrhée et dépérissement, elle ne put être exécutée que près d'un an après, en juillet 1892.

Dans cet intervalle, la déformation des pieds s'était accrue beaucoup et était arrivée au second degré.

Opération du pied gauche le 6 juillet 1892.

Après ablation de l'astragale, tarsectomie cunéiforme du bord externe du pied, comprenant un centimètre de l'extrémité du calcanéum et quelques millimètres de la face postérieure du cuboïde. Le pied se redresse facilement et complètement et est mis dans un appareil plâtré.

Opération du pied droit quinze jours après, le 20 juillet, par le même procédé.

Les appareils plâtrés restent en place un mois : un massage journalier est ensuite exécuté sur les deux pieds pendant quelques semaines, au bout desquelles l'enfant, commençant à marcher seul, est rendu à sa famille.

Les renseignements qu'a bien voulu nous transmettre ces jours derniers notre confrère le docteur Walsdorff sur l'état actuel de notre opéré nous apprennent que le résultat est bon, bien qu'il y ait une certaine tendance, du pied droit surtout, à l'adduction de la pointe et par conséquent à la récidive. La voûte plantaire est conservée, la mobilité de la nouvelle articulation tibio-tarsienne est presque complète à gauche, plus limitée à droite : la marche se fait avec facilité et sans fatigue.

2° Tarsectomies pour pieds bots au troisième degré.

Obs. VI et VII. — D....., âgée de six ans, atteinte d'un double pied bot varus équin congénital, nous est adressée par notre confrère le docteur Bollard, de Fourchambault.

Les pieds reposent sur le sol par une saillie osseuse de leur face dorsale semblant appartenir à l'astragale anormalement développée. Leur bord externe ne touche plus le sol, leur bord interne regarde en haut et en dehors. L'avant-pied forme avec l'arrière-pied un angle aigu. Les talons sont fortement soulevés et enroulés en dedans : le milieu de leur face plantaire, tournée en dedans, est à cinq centimètres du sol.

L'enfant est atteinte d'autres infirmités : les mains sont pathologiques aussi, les doigts bien que conformés normalement à première vue ne peuvent se fléchir que dans une faible mesure et exécutent difficilement les mouvements de préhension. L'intelligence est moins développée que celle des autres enfants du même âge, et il y a perte involontaire des urines et même quelquefois des matières fécales.

Malgré le degré si avancé de la difformité et la nécessité probable de sacrifier le tarse presque tout entier pour obtenir un redressement complet des pieds, nous nous décidons à une tarsectomie qui, si elle ne peut rendre aux pieds leur forme et leur fonction normales, aura du moins pour avantage de faire reposer le poids du corps pendant la marche sur les surfaces plantaires.

Opération du pied droit le 28 septembre 1892.

Première incision allant du bord externe du tendon d'Achille au bord interne du pied, au niveau de la scissure plantaire : seconde incision partant du milieu de la précédente pour aller aboutir au bord externe du pied, au niveau du cuboïde. Les deux lambeaux disséqués découvrent toute la région tarsienne.

Nous enlevons dès lors tous les os du tarse qui opposent un obstacle au redressement, c'est-à-dire successivement l'astragale, les deux tiers postérieurs du cuboïde, un centimètre et demi de l'extrémité antérieure du calcanéum, enfin le scaphoïde et une certaine étendue des trois cunéiformes. Cette large ablation permet de redresser l'avant-pied, mais ne change rien naturellement à l'attitude vicieuse du talon : celui-ci, à cause de son enroulement considérable et de la rétraction complète de tous les tissus de la partie interne du cou-de-pied, ne peut être remis à sa place qu'après résection soit du calcanéum, soit d'une certaine hauteur des os de la jambe. Nous nous décidons pour ce second parti pour ne pas priver le talon de son massif osseux, et nous enlevons à la gouge un centimètre de la surface articulaire inférieure du tibia : comme nous augmentons ainsi la hauteur des malléoles externe et interne, nous les réséquons après coup d'un centimètre chacune, de façon à rendre à la surface inférieure des os de la jambe sa forme normale. Cette ablation suffit pour nous permettre de ramener en bas la surface plantaire du talon.

Les parties molles de la plante du pied ont été du reste respectées et,

après l'enlèvement de la bande d'Esmarch qui fait l'hémostase, aucune ligature artérielle n'est nécessaire. Suture des téguments après régularisation des lambeaux cutanés devenus trop grands, et application d'un appareil plâtré.

Les suites opératoires ne présentèrent rien d'anormal si ce n'est que le plâtre trop serré dut être enlevé dès le surlendemain : le gonflement



Fig. 7. — Pieds de D..... avant l'opération.

du pied qui survint empêcha d'appliquer de suite un nouvel appareil, aussi le talon, non maintenu, subit-il de nouveau une déviation en dedans. Cette attitude vicieuse nécessita un mois plus tard, après guéri-



Fig. 8. — Pieds de D..... après l'opération.

son, une opération complémentaire consistant dans la résection du noyau osseux du calcanéum, pratiquée à travers une incision de la face externe du talon. Le redressement complet du pied se fit dès lors sans efforts, et cette position, maintenue par une attelle externe, devint définitive.

Le pied gauche est opéré cinq semaines après le pied droit, à un moment où nous pouvions déjà nous faire de notre première intervention une opinion favorable. Nous nous sommes efforcé de limiter le plus possible le sacrifice des os du tarse, mais nous avons été amenés forcément à une résection presque aussi étendue, et nos essais de conserva-

tion nous ont donné un résultat moins complet que dans le cas précédent.

Incision cutanée partant du bord interne du pied au niveau du scaphoïde, allant passer en avant de la saillie astragalienne pour se terminer au côté externe du talon, formant un vaste lambeau qui, disséqué, se relève sur la jambe, mettant à nu tout le tarse.

La résection de l'astragale, du scaphoïde, de la plus grande partie du cuboïde permettent de redresser l'avant-pied : pour redresser le talon, au lieu d'évider l'extrémité des os de la jambe, nous pratiquons une résection de tout le noyau osseux du calcanéum en laissant en place la coque périosto-cartilagineuse. L'équinisme et l'enroulement de l'arrière-pied cessent dès lors, et le pied dans son ensemble peut reprendre sa position normale sur la jambe.

Application d'un appareil plâtré après suture des téguments.

La guérison se fait sans particularité digne d'être notée et le pied est sorti de son appareil un mois et demi après.

Les résultats donnés par cette double tarsectomie sont satisfaisants : les deux pieds de la jeune enfant sont redressés et reposent sur le sol par toute l'étendue de leur surface plantaire. Le pied droit, qui a subi la résection la plus étendue, est plus correct que le gauche, dont le bord interne a encore une certaine tendance à l'adduction et dont le talon regarde un peu en dedans. Tous les deux sont naturellement courts et massifs; ils manquent de souplesse, bien que les nouvelles articulations tibio-tarsiennes jouissent d'une certaine mobilité. Ils servent en tout cas de supports très solides sur lesquels l'enfant commence à marcher facilement, et dans la mesure où le lui permet l'atrophie de ses mollets.

Conclusions.

En résumé, dans nos cinq opérations de tarsectomie pour pieds bots au second degré, nous avons usé d'un procédé consistant dans la combinaison de la résection de l'astragale à la résection d'un coin osseux du bord externe du pied emprunté au calcanéum et au cuboïde.

L'avantage de ce procédé a été de donner immédiatement un redressement complet et sans efforts du pied, et l'appareil plâtré n'intervenait plus que pour maintenir la correction et non pour l'obtenir. L'observation des malades, prolongée pendant un temps insuffisant, il est vrai, puisque la première opération remonte à seize mois seulement, montre que les résultats sont bons, puisque le redressement persiste malgré l'absence de tout appareil ou chaussure spéciale. Son inconvénient, qui est celui de toute tarsectomie un peu étendue, est de compromettre la résistance du

pied et de nuire à son développement par l'ablation d'une partie de son squelette : aussi nous l'avons réservé et le réserverons-nous à l'avenir aux cas où le redressement du pied par suite de la résistance osseuse ne peut se faire par la méthode conservatrice du redressement forcé sous le chloroforme.

Quant à nos deux interventions pour pieds bots au 3e degré, elles ont été des opérations de nécessité et non de choix : malgré la mutilation grave qu'elles ont causée, elles ont répondu à notre attente, puisqu'elles ont donné à l'enfant des pieds sinon élégants, du moins fort utiles.

Épi et tige de blé dans la vessie. — Cystotomie sus-pubienne. Guérison.

Par le Dr Martel (de Saint-Malo).

La communication que j'ai l'honneur de faire au Congrès tire quelque intérêt surtout de la présentation qui l'accompagne.

Observation. — Le 30 juin 1892, X..., campagnard âgé de trente-deux ans, entre dans mon service pour se faire débarrasser d'un épi de blé avec sa tige, qu'il s'est introduit par la verge, pour soulager un besoin pressant d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire : il ne peut nous dire comment le corps étranger lui a échappé et a disparu.

L'*accident* date de quinze jours. Pendant les trois premiers, la miction a été difficile et douloureuse. Le Dr Saubost, de qui je tiens ce renseignement, a essayé à ce moment d'introduire une sonde; après avoir parcouru librement la plus grande partie de l'urètre, il a été arrêté vers le col de la vessie, n'a pas insisté, et a conseillé au malade d'aller se faire traiter à l'hôpital. Mais l'urine ayant passé plus facilement, le conseil n'a été suivi que dix ou douze jours plus tard, après l'apparition d'un écoulement purulent assez abondant, dont je constate encore l'existence à ma première visite, le 1er juillet au matin, et qui ne peut être de nature blennorragique, X... n'ayant jamais eu, dit-il, de rapports sexuels.

Les urines sont rares, colorées, un peu troubles, s'éclaircissant par un dépôt muqueux, sans mélange de pus ni de sang.

Les douleurs, spontanées ou réveillées par la miction, sont peu intenses. La température est de 37°,4.

Une sonde de Nélaton, de moyenne grosseur, est arrêtée vers le bulbe; j'introduisis facilement une petite sonde de gomme dont l'œil se bouche par un caillot, puis enfin une sonde béquille en argent, qui me permet de laver la vessie, mais sans que le rejet d'aucune parcelle vienne confirmer la présence du corps étranger.

Ces manœuvres, pratiquées très doucement, et à peine douloureuses, provoquent, dès la première tentative, un écoulement de sang abondant, ce qui, avec le suintement purulent, montre que le canal est notable-

ment altéré surtout dans sa région profonde ; la vessie au contraire me paraît peu compromise.

Malgré le traitement antiseptique, quinine, salol, injections urétrales boriquées, la température monte le soir à 38°,2 et le lendemain matin, 2 juillet, atteint 38°,8.

L'intervention devient donc urgente. Le mauvais état du canal, l'insuffisance des instruments dont je dispose, me font prévoir non seulement l'inefficacité, mais aussi le danger de tentatives d'extraction par les voies naturelles, je me décide donc à l'opération sanglante, désirée par le patient lui-même ; pour des raisons sur lesquelles il me paraît inutile d'insister, je choisis la taille sus-pubienne que je pratique séance tenante, avec les préliminaires antiseptiques de rigueur ; le chloroforme provoque un peu d'excitation alcoolique. Je place le ballon de Petersen. Aucune des sondes ne peut pénétrer dans la vessie, et le sang coule en abondance.

J'injecte directement par la verge la solution boriquée, dont 200 gr. suffisent à distendre la vessie ; malgré l'anesthésie complète en apparence, il se produit une assez vive agitation, seul signe appréciable de la participation du réservoir urinaire à la scène pathologique. La section de la peau, des muscles, la dilacération des couches profondes n'offrent rien de particulier, et je découvre la paroi vésicale sans rencontrer ni cul-de-sac péritonéal, ni grosses veines. Une incision pratiquée très bas livre passage à l'index gauche qui reconnaît facilement l'ouverture du col, et l'épi placé en travers du bas-fond l'accroche et le retire sans recourir à la pince que ma main droite présentait à l'ouverture. Une seconde exploration constate que la muqueuse est unie et saine, en particulier autour du col, et aussi la présence de petites concrétions, qui sont expulsées avec soin par une large irrigation boriquée. Une injection poussée par l'urètre pénètre facilement, mais teintée de sang, dans la vessie. Les lésions de l'urètre postérieur me font renoncer à la suture, et au placement d'une sonde à demeure ; j'établis le siphon de Périer, pendant trois jours, et ensuite un large drain, de sorte que pendant huit jours l'urine coule exclusivement par cette voie. Après ce temps, les injections urétro-vésicales passent indolentes, et ressortent limpides ; la blennorrhée a disparu. Je retire le drain, et grâce à un tamponnement de plus en plus hermétique, la miction reprend graduellement son cours normal. La plaie se rétrécit, puis s'oblitère avec rapidité, et vers le vingtième jour après l'opération, à la sortie du malade, la cicatrisation était très avancée. Elle a été complète au bout de quelques jours. Plus tard j'ai appris que notre homme ne se ressentait plus de son aventure.

La tige de blé mesure 20 centimètres de longueur, 12 pour le chaume, 8 pour l'épi bien formé, qui est encore vert au moment de l'extraction : il avait été cueilli vers le 15 juin.

Le chaume présente, un peu au-dessous de sa partie moyenne, une incrustation cylindrique, analogue à la concrétion ci-jointe, la plus grosse de celles qui étaient libres dans la vessie.

Parmi les corps étrangers introduits de cette façon dans les

voies génito-urinaires de l'homme, on relève des épis et des pailles. Mais rarement, je crois, la réunion des deux parties de la plante constituant un ensemble de pareille dimension.

Le motif chirurgical donné par X... est le plus souvent allégué dans les cas analogues; je n'insiste pas sur la vraisemblance d'une cause toute différente. Quelques détails sur les manœuvres employées, et sur le mécanisme physiologique de la pénétration ne seraient pas sans intérêt. Mais notre sujet, honteux jusqu'à la stupidité, se souciait peu d'éclaircir pour nous une question qui conservait pour lui-même, sans doute, quelque obscurité; car il lui a fallu une distraction bien profonde pour laisser échapper un corps si long et peu glissant, et permettre à l'érection et à la flaccidité successives de la verge de l'escamoter, comme fait le pharynx du bol alimentaire, selon la pittoresque comparaison de Foucher et Granjuz (Hache, art. *Vessie* du Dict. encycl.).

Je note encore le long séjour de l'épi dans l'urètre, jusqu'à son refoulement par la tentative de cathétérisme, et l'intensité de l'urétrite, longtemps encore après ce refoulement. Celui-ci a dû être complet, car je n'ai noté, ni dans les renseignements l'incontinence d'urine, ni à l'examen pendant l'opération, du côté de la vessie, les lésions inflammatoires qui eussent été sans doute la conséquence de la station prolongée dans l'ouverture même du col d'un corps étranger irrégulier, et relativement volumineux.

Kyste hydatique suppuré du foie, ouvert dans le péritoine, péritonite consécutive, laparotomie. Guérison,

Par le Dr Paul Reynier, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Dans une des dernières séances de la Société de Chirurgie, M. Félizet attirait l'attention sur les dangers de la ponction, suivie d'injection antiseptique dans les kystes hydatiques du foie. Je viens aujourd'hui citer un nouvel exemple, à l'appui de l'opinion émise par M. Félizet.

Observation. — Il s'agit d'un homme de cinquante ans qui est entré dans un service de médecine de l'hôpital Ténon le 23 novembre 1892. Il y fut soigné à cette époque pour une bronchopneumonie. Pendant le cours de cette affection, on constata une voussure siégeant à gauche de l'épigastre, au niveau du lobe gauche du foie, ayant la largeur de la paume de la main.

Il y avait cinq ou six ans que le malade se connaissait cette grosseur, sans qu'il s'en fût occupé.

Il n'y avait pas de douleur, ni à la pression, ni spontanément ; le malade éprouvait seulement un peu de pesanteur dans la région.

La bronchopneumonie étant guérie, on fit une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, et on retira un liquide clair comme l'eau de roche.

Deux jours après, avec l'aiguille n° 2 de l'appareil Potain, on fit une ponction aspiratrice. Pour pénétrer dans le kyste on eut la sensation que l'aiguille traversait une coque épaisse, que l'on eut assez de peine à perforer. On retira 400 grammes de liquide clair ; puis on injecta dans la poche 100 grammes de sublimé à 1/1000, qu'on retira au bout de dix minutes. On éprouva de grandes difficultés à retirer l'aiguille, qui sortit toute tordue.

Dès le soir, ascension de la température, qui continue à monter pendant quarante-huit heures, et atteint le chiffre de 40°, puis retombe rapidement.

En même temps douleurs, modérées d'ailleurs, au niveau du kyste.

Au bout d'une quinzaine de jours, le malade ne se plaignait de rien, on l'envoya à Vincennes. La voussure du lobe gauche n'avait guère varié.

17 janvier 1893. — Il revenait de Vincennes dans le service. La voussure avait triplé de volume et s'étendait vers l'hypocondre droit. Il éprouvait à ce niveau une pesanteur incommode, sans douleurs très vives.

Il n'avait pas de température, ni le matin, ni le soir.

Quelques jours après sa rentrée, on faisait de nouveau une aspiration avec le trocart de l'appareil Potain. Cette aspiration donna issue à un verre environ de pus, où se trouvaient des hydatides.

Lavage au sublimé et aspiration du liquide antiseptique, qui ne reste pas dans la poche.

La voussure ne s'était pas modifiée sensiblement. Les jours qui suivirent cette aspiration, de violentes douleurs éclatèrent dans le ventre, partant de la région du kyste, et la température remonta.

24 janvier 1893. — Quatre jours après la ponction on le faisait passer dans mon service.

La veille, le ventre s'était tympanisé ; la figure du malade s'était altérée, et il présentait les symptômes d'une péritonite au début.

A l'entrée dans mon service, le malade était très oppressé. Il avait 28 inspirations à la minute ; le météorisme était très développé.

Le météorisme était tel que le ventre était uniformément augmenté de volume, et que, n'étaient les commémoratifs et les traces des deux premières ponctions, on aurait eu grand'peine à retrouver la voussure primitive.

Toutefois la sonorité un peu moindre des parties supérieures permettait de fixer par à peu près la limite inférieure du foie, à environ un travers de main de l'appendice xyphoïde.

Il n'avait ni hoquet, ni vomissements.

Le malade étant entré vers une heure dans le service, ne voyant pas de symptômes imminents, je crus devoir attendre.

Le lendemain dans la nuit, le malade avait eu des vomissements bilieux ; il n'avait depuis la veille rendu aucun gaz par l'anus. Le météo-

risme s'était développé; le facies était plus grippé, et la respiration toujours rapide, le pouls petit, fuyant.

Le diagnostic de péritonite s'imposait.

Je crus devoir dans ces conditions intervenir immédiatement.

Incision sur la ligne médiane. — J'arrive sur le péritoine adhérent à la partie supérieure au voisinage du foie. A la partie inférieure de ma ligne d'incision, j'ouvre le péritoine et j'arrive dans la cavité abdominale. Une sérosité verdâtre, mêlée de flocons de pus, s'écoulait, à peine le péritoine ouvert.

Les anses intestinales étaient agglutinées; j'arrive toutefois en les séparant à tomber dans une cavité contenant le liquide péritonéal en plus grande abondance. Après l'avoir laissé écouler, j'éponge soigneusement, et maintenant les anses intestinales, distendues, avec des éponges, je trouve le bord inférieur du foie auquel l'épiploon était adhérent; en

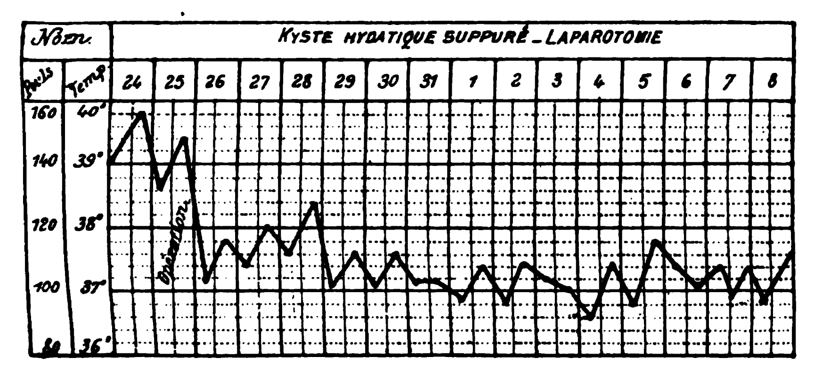


Fig. 9.

détachant celui-ci du foie, je mets à nu la face supérieure du foie, présentant une voussure au centre de laquelle se trouve un orifice correspondant au trou du trocart, et par lequel s'écoulait du pus. Cet orifice était masqué par l'épiploon adhérent fortement à ce niveau.

Par cet orifice, je fais une ponction avec le gros trocart de l'appareil Potain, et je retire un demi-litre de pus verdâtre. Laissant le trocart en place et m'en servant comme guide j'incise le foie avec le thermocautère, et suis obligé de traverser une couche d'un centimètre d'épaisseur. Je tombe alors dans une cavité vidée par mon aspiration. J'agrandis alors mon incision hépatique, faisant une ouverture de 3 centimètres de long, et pouvant admettre facilement deux doigts. Aucune hydatide ne sort. La cavité, très profonde, s'étendait vers le lobe droit, et avec le doigt, je n'arrivais qu'avec peine à sentir le fond.

Je fixe alors les bords de mon incision hépatique aux lèvres de mon incision et à la peau avec des points de suture à la soie et avec des crins de Florence, ayant le soin d'accoler une large surface péritonéale au foie. Je place alors deux gros drains en canon de fusil, et faisant un drainage à la Mickulicz avec de la gaze salolée, qui au-dessous du foie plonge au milieu des anses intestinales, je ferme le reste de mon incision.

Le lendemain matin, le malade était mieux, l'oppression avait disparu. La température avait baissé, 37°,2. Il avait eu quelques vomissements, mais qui pouvaient être attribués au chloroforme.

29 janvier. — Le malade, sous l'influence d'une purgation au citrate de magnésie, est allé la veille à la selle.

La température qui les jours précédents était montée à 38° a baissé : elle est à 37°.

Le pansement est levé. Le malade a peu suppuré. La mèche péritonéale salolée est très adhérente. Nous ne crûmes pas devoir la retirer.

31 janvier. — Nouveau pansement, on retire la mèche salolée, qu'on remplace par un drain petit, plongeant à peine dans la cavité péritonéale.

1er février. — Le malade dans la nuit a eu une vomique, nous le trouvons le matin un peu oppressé, crachant du pus sans grand effort de toux. Évidemment un second kyste a dû s'ouvrir dans les bronches.

5 février. — Pas de douleur dans le ventre, le drain est enlevé. Pas de température. Le malade crache moins de pus. Il ne rend plus que quelques crachats dans la journée. Mais l'état cérébral est mauvais, le malade est très agité depuis quelques jours. On ne peut l'empêcher de se lever. Depuis deux jours, il délire, veut tout casser, et cette nuit il a voulu battre une surveillante.

La température étant très bonne, nous regardons ce délire comme un délire alcoolique. Le malade en effet ne cache pas son intempérance excessive, et qui dure depuis des années.

Nous ordonnons un tood à la place du lait qu'il prend depuis son opération, et des pilules d'extrait thébaïque.

6 février. — Il a mieux dormi et a été plus tranquille. Dans la journée il n'essaie pas de se lever.

10 février. — Le délire a complètement passé; le malade est tranquille; la cavité du kyste diminue. On retire un drain.

15 février. — Le malade allait beaucoup mieux; il engraissait, ne crachant plus, lorsque sans cause apparente, dans la nuit, le lit est inondé par un écoulement verdâtre; de la bile sans qu'il y ait de doute possible. On refait son pansement. Pas de malaise, pas de fièvre.

Le stylet pénètre de 12 centimètres dans l'ancienne cavité kystique. Il est probable qu'il s'est établi une fistule avec un gros canal biliaire.

25 février. — L'écoulement de bile qui a duré pendant quelques jours a presque cessé.

19 mars. — Le malade est en pleine convalescence, la plaie ne suppure pas.

Le stylet ne pénètre plus qu'à 5 centimètres, et l'orifice s'est tellement rétréci, qu'il ne peut plus admettre qu'un crayon iodoforme de la dimension des crayons iodoformés utérins.

Aujourd'hui, le malade ne conserve qu'une fistulette, qui va se fermer bientôt. Il a engraissé et se porte très bien. On peut le considérer comme guéri.

Telle est cette observation, qui est un nouvel exemple de la possibilité des guérisons des péritonites par la laparotomie. Je

ne peux affirmer qu'ici la péritonite était généralisée, car à moins de faire l'autopsie, il est très difficile de le dire. Toutefois les symptômes, et ce que nous avons vu pendant l'opération, la diffusion du liquide séro-purulent à travers les anses intestinales, semble bien indiquer que nous n'avions pas affaire à une péritonite localisée, mais à une péritonite qui tout au moins se généralisait, et que l'intervention a arrêtée.

Je fais remarquer encore que je n'ai pas fait de lavage de la cavité péritonéale. Je me suis contenté d'éponger et de drainer. Je crois que le lavage dans ces cas risque fort de répandre le mal, et que moins on traumatise l'intestin enflammé mieux cela vaut. Quant à la cause de cette péritonite, il est évident qu'elle était due à ce que le trajet suivi par l'aiguille aspiratrice dans le tissu hépatique ne s'était pas refermé, était resté béant, et avait livré passage à du pus qui avait infecté la cavité péritonéale. Or comme on ne sait jamais quelle est l'épaisseur du tissu hépatique qu'on devra traverser pour arriver à la cavité kystique, on doit toujours craindre d'être exposé à pareil accident, quand on ponctionne avec un trocart un peu gros les kystes du foie.

Résultats éloignés de la chirurgie rénale. De la néphro-urétérectomie,

Par le Dr Tuffier, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les résultats éloignés des trois grandes opérations qui se pratiquent sur le rein peuvent seules permettre d'apprécier la valeur réellement thérapeutique de la chirurgie rénale. Voici les résultats auxquels me conduit ma pratique de 68 opérations (néphrorrhaphies, 37; néphrotomies, 16; néphrolithotomies, 12; kyste hydatique péri-rénal, 1; incision exploratrice, 1).

I. J'ai étudié devant vous au Congrès de 1891 [1] les résultats éloignés de la *néphrorrhaphie* [2]. J'ai pratiqué aujourd'hui 37 fixations du rein et je ne puis que confirmer les faits que j'avais avancés sur le manuel opératoire, les indications et les résultats de cette opération. Toutes les fois que la luxation rénale est seule en cause, le résultat est parfait. Mais s'il s'agit d'une néphroptose

1. *Congrès de chirurgie*, 1891, p. 377.
2. Tuffier, *Etudes expérimentales sur la chirurgie du Rein*. Paris, 1889. — *Congrès de chirurgie*, 1889, p. 563; *Archives gén. de médecine*, janvier 1890; *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 617 et 643.

liée à cette maladie générale sur laquelle j'ai plusieurs fois appelé l'attention, maladie qui frappe tous les tissus, et dont l'entéroptose n'est qu'un facteur; les résultats sont bien moins satisfaisants au point de vue de la disparition des douleurs. Toutefois, l'indication opératoire se pose si le rein est nettement la cause des accidents. Enfin les complications de la mobilité rénale, telles que l'hydronéphrose intermittente avec étranglement rénal, dont j'ai opéré 4 cas, donnent les résultats les meilleurs.

II. J'ai pratiqué 16 fois la *néphrotomie* et j'en ai exposé les indications et les résultats dans mon mémoire paru dans la *Gazette hebdomadaire* [1], mémoire qui était destiné à votre dernier congrès. Là encore les résultats sont très bons. Mais la persistance d'une fistule est la règle. C'est à une intervention tardive qu'elle est due le plus souvent, et nous ne saurions trop insister ici sur la nécessité d'une opération précoce [2].

III. Les résultats éloignés de la *néphrectomie* restent seuls à étudier. Ils doivent être envisagés à deux points de vue : 1° influence de la néphrectomie sur l'état général et la vie de l'opéré; 2° résultats locaux de cette opération. Les sujets qui n'ont qu'un seul rein vivent d'une façon absolument physiologique. J'ai des opérés vivant depuis cinq et six ans et qui en sont une preuve. Leurs urines ont une composition parfaitement normale. Le rein adelphe suffit aux exigences de la vie normale, et à celles des accidents pathologiques. C'est ainsi que des opérées, telles que celle de mon collègue et ami Brun, ont pu faire avec un seul rein les frais de trois grossesses et de trois lactations sans avoir présenté aucun accident pathologique. Un de mes opérés a eu une pneumonie en 1891, un autre a présenté des accidents infectieux de grippe avec congestion pulmonaire; rien dans la marche de la maladie ne fut modifié par l'absence de l'un des deux reins.

Au point de vue local, il semble que cette opération ne présente aucun intérêt et, de fait, je ne m'en occuperais pas, si l'on n'avait accusé récemment la néphrectomie de laisser des fistules intarissables. Voici à cet égard les résultats de ma pratique et ceux de mes recherches bibliographiques.

Autant il est fréquent de voir une fistule persistante après l'incision d'un rein suppuré (83 p. 100), autant cet accident est rare après l'ablation de la glande pour la même lésion. Les faits

1. *Gaz. hebdomadaire*, décembre 1892.
2. Tuffier, *Etudes expérimentales*, p. 71 ; *Gaz. hebdomadaire*, 26 avril 1890 ; *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 631.

que j'ai observés, et ceux que j'ai rassemblés dans mes études antérieures, plaident dans le même sens. Sur 12 néphrectomies [1] (dont 6 pour suppuration rénale) que j'ai pratiquées, je n'ai pas observé de fistules persistantes avec accidents de rétention, et cependant sur ces 12 néphrectomies, 3 ont été pratiquées pour remédier à des pyélo-néphrites tuberculeuses.

Dans toutes ces opérations, j'ai suivi la même technique opératoire : incision lombaire, ligature à la soie plate du pédicule vasculaire et ligature séparée de l'uretère aussi bas que possible. Si l'opération s'adresse à une lésion aseptique, je réunis en étages et sans drain. S'il s'agit d'une lésion suppurée, après curettage et cautérisation de la muqueuse, je draine pendant trois jours. Dans six cas où j'ai opéré pour suppuration, il s'agissait de pyélonéphrites ascendantes, et l'uretère présentait les altérations de l'urétérite avec épaississement ou dilatation. Un de ces faits était remarquable, il s'agissait d'une pyélo-néphrite tuberculeuse primitive énorme avec oblitération de l'uretère, si bien que l'urine n'avait jamais contenu traces de pus. Je n'ai pas eu de fistules après ces opérations.

Chez mes trois opérées de néphrectomie pour pyélo-néphrite tuberculeuse avec distension [2], la cicatrisation a été plus lente; mes trois malades ont eu des fistules; une femme opérée il y a dix-huit mois (obs. IV) et dont l'observation est publiée, a eu une fistule pendant trois mois, l'autre, opérée depuis deux ans et demi, a présenté une fistule pendant dix mois; mais chez ces deux femmes il s'agissait de suppuration lombaire sans aucune importance. Mon troisième opéré a quitté l'hôpital avec un petit trajet fistuleux 1 mois après l'opération (obs. III). J'ajouterai que, dans ces deux cas, la lésion était plutôt due à une auto-inoculation opératoire qu'à la lésion urétérale, car l'examen, pratiqué dans un cas par M. Parmentier et dans l'autre par moi-même, a démontré que l'uretère n'était pas envahi par la tuberculose au niveau du point sectionné.

Voici d'ailleurs un fait de pyélo-néphrite ascendante accompagnée d'urétérite avec dilatation considérable, et dans lequel la néphrectomie avec résection partielle de l'uretère n'a été suivie ni de suppuration prolongée, ni de fistule. Ce fait est assez intéressant pour que je vous l'expose en entier.

1. De ces 12 néphrectomies 4 sont inédites, les 8 autres ont été publiées. Voy. *Th. de Robineau Duclos*, Paris, 1890, p. 42; *Th. de Bruneau*, Paris, 1889, p. 41 ; *Archives générales de médecine*, mai 1892; *Semaine médicale*, 1892 ; *Soc. anatomique*, 1892; *Annales génito-urinaires*, juin 1892; *Archives de médecine*, 1891, p. 5, t. XXVII; *Soc. de chirurgie*, 1892, p. 549.

2. *Archives gén. de médecine*, mai et juin 1892.

Uropyonéphrose intermittente avec rétention incomplète. — Coudure de l'uretère. — Néphrectomie primitive avec résection de l'uretère au-dessous de la coudure. — Guérison.

Mme H..., âgée de trente ans, m'est amenée par le Dr Gaudin qui la soigne depuis longtemps pour une affection urinaire; c'est une femme grande, assez maigre, mais n'ayant nullement l'aspect cachectique. Les accidents dont elle se plaint remontent à une époque éloignée. Dans sa première enfance elle eut de l'incontinence nocturne d'urine qui persista jusqu'à l'âge de quinze ans; elle fut réglée à dix-huit ans et commença dès cette époque à éprouver des douleurs de reins, surtout quand elle marchait; ces douleurs étaient peu marquées, elles s'accentuèrent après une première grossesse normale qui s'effectua en 1883. Toutefois la malade s'en préoccupait médiocrement, quand elle eut en 1885 une dernière grossesse qui se termina au huitième mois par l'expulsion d'un fœtus macéré. Alors se manifestèrent des accidents du côté de la vessie : fréquence de besoins d'uriner, surtout pendant la nuit (8 à 10 fois en 12 heures), douleurs vives au niveau du périnée au commencement et à la fin de la miction, urines purulentes. Malgré ces troubles vésicaux, elle eut en 1886 une troisième grossesse qu'elle mena à bonne fin. Quelque temps après son accouchement, l'état des voies urinaires s'aggrava et surtout l'état général devint mauvais : inappétence, amaigrissement, frissons erratiques, petits accès fébriles mal déterminés, le tout accompagné de douleurs lombaires assez vives siégeant du côté droit. L'état douloureux était marqué d'abord par des crises qui duraient d'une à cinq ou six heures, occupant la région lombaire droite, s'irradiant en ceinture ou descendant vers le pubis et s'accompagnant de vomissements lorsqu'elles duraient plus de deux heures; ces crises, d'abord répétées tous les deux ou trois jours, s'espacèrent peu à peu pour revenir tous les quinze jours ou tous les mois.

Cet état persiste pendant les années suivantes, en dépit de divers traitements médicaux, et malgré les lavages et les instillations pratiquées dans la vessie, les crises acquièrent une gravité toute spéciale en 1891. A cette époque, la malade remarque nettement qu'au moment des crises l'abdomen devient plus volumineux du côté droit, et elle nous affirme que la disparition de la crise coïncide nettement avec l'affaissement du flanc droit. Elle précise également que chaque crise s'accompagne d'une diminution considérable de l'urine qui devient presque claire, tandis que sa disparition coïncide avec une véritable débâcle purulente (en 12 heures, M. Gaudin a pu ainsi recueillir 2 litres d'urines purulentes). Les crises augmentant de fréquence et d'intensité, la malade demanda une intervention.

A un premier examen, je constate dans le flanc droit une tumeur lisse de volume d'une tête de fœtus, se perdant en haut sous les fausses côtes et descendant en pleine fosse iliaque. Cette tumeur est uniformément arrondie, rénitente, légèrement mobile transversalement, et ballottante; elle est douloureuse à la pression. La partie antérieure est sonore, la

partie postérieure est mate. Le rein du côté opposé ne paraît le siège d'aucune altération. La vessie est douloureuse. Les caractères joints aux signes fonctionnels ne permettaient pas d'hésiter. Je posai le diagnostic de pyonéphrose intermittente droite et je proposai une intervention qui serait une néphrotomie si mon incision me faisait trouver un rein susceptible d'être conservé, ou deviendrait une néphrectomie si le rein était détruit. L'intégrité du rein du côté opposé m'était assurée par l'apparence claire des urines durant les crises. La teneur faible en urée du liquide excrété pendant ces accès de rétention dans le rein malade n'avait qu'une valeur relative, car voici ce que donne l'examen des urines dans l'intervalle des crises (Yvon).

Volume des 24 heures = 1200 c. c.
Aspect : trouble, ne s'éclaircit pas entièrement.
Dépôt : blanchâtre, abondant.
Odeur : anormale.

	Par litre.	Par vingt-quatre heures.
Urée..................	7gr,75........	9gr,30
Acide phosphorique...	6gr,712.......	9gr,854
Albumine.............	1gr,120.......	8gr,344
Glycose................	néant.	

Leucocytes abondants, quelques cellules épithéliales.

Le 22 *février*, au moment de pratiquer cette opération avec le concours de MM. les docteurs Gaudin, Thomas et Bresset, je palpai la région malade; cette palpation donnait un résultat tout à fait différent de ce que j'avais constaté dans mon premier examen. En pratiquant le palper bimanuel, on sent entre les deux mains une épaisseur plus considérable de tissus, mais ces tissus sont mous et dépressibles sans fluctuation, et surtout sans tumeur, et cette sensation était telle que nous n'aurions pu trouver la nature de cet épaississement si je n'avais antérieurement senti là nettement l'existence d'une tumeur; je pensai que la rétention avait en parti cédé et avec l'évacuation du pus avait disparu la tuméfaction, si bien que nous n'aurions plus entre les doigts que la poche vide. Je persistai donc dans mon intervention. Décubitus latéral sur le flanc gauche refoulé par un coussin; la maigreur du sujet permet de se rendre un compte exact des éléments de la région; l'échancrure iléo-costale est large, incision lombaire suivant la bissectrice de l'angle costo-lombaire de la 12e côte sur la fesse. Dissection des plans, pas de sclérose péri-rénale. J'arrive sur une poche mal tendue que j'isole assez facilement; son aspect et la sensation qu'elle donne sous le doigt rappellent exactement l'impression que fournit un ballon à moitié rempli de liquide, recouvrant le rein très distendu réduit à une coque. J'essaye en vain de décoller sa capsule propre pour pratiquer une néphrectomie sous-capsulaire, mais j'ouvre presque immédiatement la poche et il en sort un flot de pus; je me décide alors à faire une néphrectomie sus-capsulaire.

Au cours de cette opération, et avant d'ouvrir la cavité purulente, je puis faire une intéressante constatation : ayant largement débridé la plaie lombaire, je pus suivre et voir l'uretère jusqu'à son passage dans le petit bassin; il avait le volume d'un porte-plume, il était flexueux et présentait,

surtout à 4 centimètres au-dessous du hile rénal, une inflexion en S dont les bords se touchaient, formant de véritables coudures. Je voulus alors m'assurer de la perméabilité de ce conduit; pour cela je fis comprimer la poche rénale et je vis aussitôt l'uretère se dilater, se tendre, mais le liquide ne put franchir le second coude; cependant en faisant comprimer plus fortement la poche je vis le liquide forcer le passage et en même temps redresser la coudure; cette constatation me paraît d'un haut intérêt, car elle montre bien le mécanisme de la rétention rénale dans ce cas, et surtout le mécanisme de son intermittence. Il est certain que la sécrétion incessante du rein remplissait cette poche, la tension devenait alors telle que les mains de mon aide la représentaient, et ce liquide s'écoulait dans la vessie; le siphon ainsi amorcé fonctionne jusqu'à ce que le redressement de la coudure cesse, alors la poche rénale est flasque et le liquide ne s'écoule plus. La stagnation de l'urine dans le rein continue à s'accroître de nouveau jusqu'à ce que la tension de la poche soit suffisante pour forcer la coudure urétérale.

La décortication est assez pénible, car la tumeur s'étend du milieu de la fosse iliaque jusque sous les fausses côtes; elle est mince, flasque, et surtout en dedans elle adhère aux parties voisines, et il faut décortiquer avec les doigts centimètre par centimètre, comme nous le faisons pour les salpingites adhérentes ou pour les sacs herniaires dans la cure radicale. Je redouble de précautions en approchant du hile sur lequel je place d'abord une pince courbe, et je sectionne au-dessus la poche rénale. Je puis alors facilement manœuvrer dans la plaie et placer une ligature à la soie, d'une part sur l'uretère au-dessous du coude que j'ai signalé, de l'autre sur le pédicule vasculaire. La plaie est fermée par trois étages de suture au catgut et la peau réunie au crin de Florence. Je place un drain parce que je crains que, malgré les soins de toilette de la plaie, sa surface n'ait été infectée par la rupture de la poche et l'épanchement de son contenu. Pansement iodoformé et ouaté.

L'opération avait duré une heure et l'état si précaire de la malade explique le choc opératoire qui s'ensuivit. Les piqûres d'éther, les frictions chaudes firent remonter la température de 35°,8 à 36°,9 le soir. Mais pendant toute la journée la malade est fortement déprimée, l'anurie est complète.

Le *23 février*, la température oscille de 36°,5 à 37°, mais les vomissements sont incoercibles, et l'anurie reste absolue jusqu'à six heures du soir.

Le *24 février*, les vomissements diminuent de fréquence, le champagne, le lait, sont en partie tolérés; la température remonte à 37°; urines, 400 grammes. Les jours suivants, la quantité d'urine augmente, mais lentement et le cinquième jour elle arrive à 1000 grammes. Les points de suture sont enlevés, le drain est supprimé. Le quinzième jour, la plaie est cicatrisée et le malade se lève le vingtième.

J'ai revu mon opérée le 18 décembre, soit dix mois après, son état général s'était transformé au point que je ne l'ai pas reconnue. Elle n'a depuis cette époque éprouvé aucune douleur, elle vaque à ses occupations sans aucune entrave. Le premier jet d'urine est encore trouble, ce

qui indique bien la persistance de la cystite, mais le reste de la miction est clair. La fréquence des besoins d'uriner a notablement diminué, malade ne se lève plus qu'une ou deux fois la nuit. Le résultat thérapeutique est donc aussi satisfaisant que nous pouvons le désirer.

La pièce enlevée comprend le rein, le bassinet et le fragment d'uretère. La paroi rénale est réduite à une simple coque, les parois du bassinet sont épaisses, tomenteuses, mais le fait le plus remarquable c'est la présence des calices dilatés en dehors de la coque rénale et formant une série de colonnes qui relient le bassinet au reste du rein.

Voilà donc un fait de dilatation considérable de l'uretère gauche guérie sans fistule, par la néphrectomie et cela depuis un an. Les faits que j'ai rassemblés dans la littérature sont aussi probants. Sur 123 néphrectomies lombaires pour suppurations rénales suivies de guérison, je ne relève que 4 fistules ayant persisté de un à plusieurs mois [1] et 3 définitives [2], soit 5, 6 p. 100 de fistules dont 2,3 p. 100 sont persistantes. Quelle que soit l'origine de l'infection, qu'il s'agisse de pyélo-néphrites ascendantes calculeuses ou même tuberculeuses, la fréquence de cette complication reste à peu près constante. Pyélo-néphrite ascendante, 61 cas, 40 guérisons, avec 3 fistules; pyélo-néphrites calculeuses, 51 cas, 30 guérisons, avec 2 fistules; pyélo-néphrites tuberculeuses, 32 guérisons, avec 2 fistules.

La fréquence de cet accident étant ainsi posée, voyons ses *causes*. Les observations publiées ne peuvent guère servir à cet égard, elles prouvent seulement que la néphrectomie pour tumeur ne laisse jamais de fistules, ce qui montre bien que la suppuration joue dans le développement de cette complication un rôle pathogénique indéniable. Or deux altérations sont spéciales à ces pyélo-néphrites : ce sont d'une part les dégénérescences scléreuses de l'atmosphère péri-rénale, et de l'autre les lésions de l'uretère. Ces deux facteurs peuvent jouer un rôle. Les deux altérations péri-rénales capables de laisser des fistules sont la suppuration ou la sclérose; j'ai vu et publié trois observations [3] dans lesquelles des trajets fistuleux pénétraient ainsi dans la région péri-rénale à la suite de suppurations périnéphrétiques sans que le rein et l'uretère fussent en jeu, et tous mes efforts pour guérir cette complication restèrent inefficaces. Chez un malade dont j'ai rapporté l'histoire dans un mémoire [4], sur 58 opérations de chi-

1. *Congrès de chirurgie*, 1889; *Soc. de chirurgie*, 1889, p. 188; Herczel, *Beiträge zur klin. Chirurgie*, 1890.
2. Czerny, Herczel, *Beitrage zur klin. Chirurgie*, 1890, t. VI, p. 321; Morris, *Med. Chir. Transact.*, 1885, p. 69.
3. *Semaine médicale*, 1889, p. 461,
4. *Gaz. hebdomadaire*, décembre 1892.

rurgie rénale, il s'agissait d'une fistule péri-rénale remontant vers le diaphragme et présentant toutes les analogies avec les fistules pleurales suite d'empyème. La paroi thoracique représentée par les fausses côtes et le rein recouvert d'une capsule scléreuse formaient deux parois inextensibles et peu vivaces, n'ayant aucune tendance à se réunir; les injections modificatives, les débridements, le grattage, la dissection même furent successivement et vainement employés. Peut-être la résection costale réussirait-elle mieux en pareil cas. Dans une autre observation de néphrectomie pour pyélo-néphrite calculeuse, après l'ablation du rein, il restait une coque périrénale indurée, calleuse, n'ayant aucune tendance à revenir sur elle-même, et qui mit deux mois à se combler. C'est surtout dans les anciennes suppurations que ces altérations et leurs conséquences se manifestent.

Les lésions de l'uretère capables de provoquer une fistule persistante sont les infections, aussi prend-on le soin de fermer exactement le canal après destruction de sa muqueuse sur une grande étendue, ou de le fixer dans l'angle inférieur de la plaie. Les deux procédés ont chacun leur indication. Dans l'urétérite sans dilatation, je curette et je ferme à sutures perdues le canal. Dans l'urétérite avec dilatation, je le fixe à la plaie, j'obéis là aux lois générales du drainage. Si l'uretère se draine facilement par la vessie, son atrophie progressive est la règle; si au contraire on se trouve en présence d'accidents de rétention purulente dans ce conduit, alors, mais alors seulement, se pose l'indication du drainage lombaire ou de l'ablation de l'uretère. C'est dans un cas semblable que M. Reynier[1] a été appelé à intervenir et je ne saurais qu'approuver sa conduite, mais je crois qu'en pareille circonstance il ne faut pas se hâter; le drainage lombaire de la poche, drainage prolongé, suffira dans la majorité des cas; les faits le prouvent, puisque c'est après plusieurs mois que Desnos, Brun et Czerny ont vu les trajets se cicatriser.

Cette *ablation partielle* ou *totale de l'uretère* peut être *primitive* ou *secondaire*. J'ai étudié sur le cadavre le procédé opératoire capable de permettre l'extirpation *simultanée du rein et de son conduit excréteur*, opération qui est l'analogue de l'opération de Roux (de Lausanne), qui a étudié la castration et l'ablation simultanée du canal déférent. Je viens de vous citer un fait où l'ablation partielle de l'uretère coudé fut suivie de succès, et je crois pareille intervention recommandable dans les cas analogues.

Pour pratiquer la néphro métérectomie *primitive* ou *totale*, je conseille après expérience le manuel opératoire suivant. Incision

1. Reynier, *Soc. chirurgie*, séance du 15 février 1893.

lombaire iléo-inguinale suivant la bissectrice formée par l'angle de la masse sacro-lombaire et de la douzième côte. Prolongement de cette incision jusqu'au bord supérieur de la crête iliaque en descendant jusqu'à la partie supérieure du canal inguinal. Découverte du rein comme dans la néphrectomie classique et ablation de cet organe après ligature séparée du pédicule vasculaire en haut et de l'uretère en bas. Décollement de l'uretère qui se fait facilement dans cette région. On reconnaît le conduit que l'on a eu soin de fixer par une pince ou mieux par une ligature et qu'on fait tendre par un aide. On aborde ainsi par voie de décollement ce canal jusqu'à son orifice vésical. Un excellent point de repère, qui est en même temps un danger, est fourni par l'artère iliaque et surtout par les veines spermatiques qui passent en avant du conduit, et qu'on aperçoit facilement.

S'il s'agit d'une ablation *secondaire* de l'uretère après une néphrectomie, c'est encore à cette incision que je donnerais la préférence en ayant soin d'aborder l'uretère autant que possible en dehors de la zone cicatricielle, ainsi que je l'ai préconisé autrefois pour l'ablation des fistules rénales [1].

En résumé : les fistules après la néphrectomie sont rares (5 p. 100), elles guérissent en général spontanément. Elles peuvent survenir par deux mécanismes : 1° par sclérose périrénale qui maintient écartées les parois de l'abcès à elle seule ou grâce à la paroi thoracique, et le mécanisme de leur production est alors comparable à celui des fistules pleurales; 2° par altération de l'uretère. L'absence de fistules après l'ablation du rein pour néoplasme, opposée à sa fréquence relative après la néphrectomie pour pyonéphrose, prouve que c'est l'infection de ce conduit qui est la cause de cette complication.

Les différentes formes d'urétérite ne contribuent pas également à leur production; l'urétérite sans dilatation ou même avec dilatation, pourvu que le drainage vésical soit suffisant, ne donnent pas lieu à des fistules, et l'observation précédente en est une nouvelle preuve. La dilatation septique avec rétention urétérale peut devenir la cause de fistules. Dans ce cas, le drainage méthodique et prolongé par la voie lombaire me paraît la méthode d'élection. L'ablation de l'uretère peut être indiquée en pareil cas, elle peut être *primitive* et, dans ce cas, l'incision lombo-iléo-inguinale me semble l'incision de choix. Si elle est pratiquée *secondairement*, c'est-à-dire comme complément d'une *néphrectomie*, c'est à l'incision iléo-inguinale que l'on aura recours.

1. Tuffier, *Sem. médicale*, 1889, p. 461.

M. Reynier (de Paris). — Les indications de l'urétérectomie ne me semblent pas résider seulement dans la fistule : elles existent également chez des malades dont l'uretère continuait à être douloureux. Pour l'atteindre, l'incision lombaire prolongée jusqu'au canal inguinal m'a aussi semblé être le meilleur mode de traitement.

Névralgie rebelle datant de vingt-deux ans. Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel dans la fente ptérygo-maxillaire par la voie temporale. Guérison,

Par le Dr Ch. Février, Médecin-major, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Observation. — M. X..., sous-officier de gendarmerie en retraite, soixante-neuf ans, homme grand, robuste et encore très vigoureux, a fait un séjour de sept ans dans différentes colonies : Indo-Chine, Algérie, etc. Pendant ces campagnes, il a contracté la fièvre intermittente. En Cochinchine, il eut une dysenterie légère. Il a eu en outre la syphilis et des uréthrites.

Retraité en 1868, il reprend du service au moment de la guerre comme capitaine de mobiles; après la campagne, il commence à souffrir d'élancements douloureux siégeant principalement dans la région sous-orbitaire. Au bout d'un an, ces douleurs ont pris un caractère d'acuité extrêmement violent. Elles occupent le côté droit de la tête, mais principalement la sphère du maxillaire supérieur. Il consulte les médecins de Strasbourg en 1872. Toute intervention sanglante est repoussée. On se borne à des injections de morphine, à l'électrisation et à l'avulsion des dents cariées du côté malade sans amélioration d'ailleurs. Le sulfate de quinine, le traitement mixte étaient restés sans résultats.

Depuis cette époque, la névralgie n'a pas cessé. Elle n'offre aucune régularité dans le retour. Elle n'est pas périodique. Ce sont des crises atroces arrachant parfois des cris au malade, revenant plusieurs fois par jour et durant quelquefois 7 à 8 minutes. Il en a eu jusqu'à 20 dans la même nuit. Mais alors les douleurs ne duraient pas plus de 2 à 3 minutes.

Pendant ces vingt ans de souffrance, il a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

Il y a quinze mois, il a subi deux sections nerveuses portant sur le sus-orbitaire et le sous-orbitaire.

Cette intervention amène un calme relatif. Il n'y a pas de disparition des douleurs, mais celles-ci sont seulement moins vives, plus sourdes.

Au bout de deux mois, les douleurs reparaissent dans la tête et dans la face, aussi intolérables que par le passé.

En février 1893, le malade se présente à l'hôpital militaire, où il est admis le 11.

M. X... nous raconte alors qu'il souffre plusieurs fois par jour. Il éprouve pendant ses crises, au niveau de la pommette droite, sous l'œil correspondant, des douleurs atroces s'irradiant vers la bosse pariétale droite. Il compare ce qu'il éprouve à une brûlure au feu rouge, à une piqûre, un tenaillement, un arrachement. Il n'éprouve presque jamais de souffrance au niveau des gencives. Cependant la névralgie se produit quelquefois au moment où le malade passe sa langue au niveau du sillon gingivo-buccal supérieur droit. La mastication n'est pas douloureuse.

Pendant que M. X... nous fait ce récit, le matin du 12 février, il est pris brusquement d'une crise.

La figure se contracte surtout à droite; il larmoie assez abondamment et se comprime l'œil droit avec son mouchoir. Les muscles de la face, orbiculaire, zygomatique et canin, sont animés de petites secousses fibrillaires.

Dans l'intervalle des crises, la pression de la région sous-orbitaire n'est pas douloureuse.

La sensibilité est légèrement émoussée. Mais le contact, le chatouillement sont très nettement perçus à ce niveau.

L'examen de la cavité buccale nous montre que la mâchoire supérieure est totalement dépourvue de dents. Du côté droit elles avaient toutes été arrachées à Strasbourg en 1872 sur le conseil des médecins.

A la mâchoire inférieure, les 16 dents sont absolument intactes. Elles ne sont qu'un peu déchaussées.

M. X... est à bout de courage, il veut à tout prix en finir avec ses tortures, et menace de se suicider si on n'intervient pas.

Nous nous décidons alors à pratiquer l'opération de Lossen-Braun suivant le procédé modifié par Segond.

Opération le 19 février, avec le concours de M. Régnier, médecin chef de l'hôpital, M. Weiss, professeur à la Faculté de médecine, MM. Duchêne, Grosjean et Comte, médecins-majors.

Nous faisons partir notre incision de la partie postérieure de l'arcade zygomatique. Nous en suivons le bord supérieur; nous atteignons le point de jonction des portions verticale et horizontale du rebord osseux qui limite la fosse temporale. Nous arrondissons alors l'incision, que nous terminons au point d'intersection du bord inférieur de l'os malaire et du bord antérieur du masséter.

Section de l'aponévrose temporale à son insertion à l'arcade zygomatique. Section à fond, sur le malaire, de son périoste.

Hémorragie assez abondante, mais promptement maîtrisée par la compression et la forcipressure.

Passage derrière le malaire, de haut en bas, de la scie à chaîne qui est manœuvrée dans le plan antéro-postérieur.

Renversement en bas et en arrière du segment postérieur. Nous fracturons ainsi le col de l'apophyse zygomatique.

A l'aide de la sonde cannelée et des doigts, nous décollons le muscle temporal de sa fosse. Pendant cette manœuvre, saignement en nappe abondant dont nous nous rendons maîtres par la compression avec des compresses-éponges.

Nous sommes en outre obligé d'enlever et d'écarter une graisse abondante qui nous masque la rainure ptérygo-maxillaire.

Chez notre sujet, l'apophyse coronoïde est longue, elle forme donc une saillie très considérable. Un écarteur de Farabeuf appliqué en bas et en arrière la refoule un peu. Un autre est placé en haut.

Un second obstacle vient de la présence de la crête osseuse signalée par Segond et Potherat et qui limite en avant la surface d'insertion du muscle ptérygoïdien externe.

La cavité étant bien épongée, nous faisons, en suivant la paroi antérieure de la fente, glisser à fond notre crochet à strabisme. Nous le poussons ensuite en haut et en avant et nous le ramenons en dehors après avoir constaté par la résistance que nous éprouvons, qu'il a chargé le nerf. Nous sommes, il faut bien le dire, très gêné par la crête osseuse qui arrête notre crochet à strabisme. Nous saisissons alors avec une pince à mors longs et étroits le nerf en avant du crochet. Section, enroulement et arrachement de tout ce que nous avons saisi.

Nous avions pratiqué une petite incision horizontale au niveau du trou sous-orbitaire pour arracher, si la chose était possible, le tronçon terminal du nerf. Malheureusement la névrotomie faite autrefois avait dû être poussée aussi loin que possible dans le trou sous-orbitaire et nous avons tous pu constater que ce complément de l'opération était impraticable.

Nous avons plusieurs fois de suite, avec l'aide de notre pince, vidé complètement et fait le curage de la fosse ptérygo-maxillaire. Ce n'est que lorsque nous n'avons plus rencontré de tissu que nous avons arrêté notre intervention. Le crochet à strabisme introduit méthodiquement ne ramenait plus rien.

Au moment où la pince arrachait le restant des tissus, un jet de sang artériel s'est produit avec assez de force et l'instrument a ramené un segment d'artériole long de 1 centimètre environ. La compression avec de la gaze pendant 3 à 4 minutes a suspendu l'hémorragie provenant sans doute d'une branche de la maxillaire interne.

Suture au catgut des tissus périosseux après remise en place des fragments qui s'adaptent très bien. Suture de la peau au crin de Florence. Gaze iodoformée et pansement ouaté compressif.

Les suites sont très simples. Le 26 février, nous enlevons le pansement. La réunion est parfaite. Les crins de Florence sont coupés et extraits.

Depuis l'opération, disparition complète des douleurs. M. X... s'est plaint seulement de la gêne occasionnée par le pansement.

La seconde nuit après l'opération, il a eu quelques élancements légers au niveau de la plaie et de l'aile du nez.

Dans la journée qui suit l'ablation du pansement, M. X... descend au jardin et fait une promenade prolongée. Nous le trouvons le lendemain matin avec un léger œdème de la paupière inférieure, un peu d'ectropion et de conjonctivite catarrhale.

Le 2 mars, le malade sort dans l'état suivant :

Œdème de la paupière inférieure avec léger degré d'ectropion. Quand

on lui commande de fermer les yeux, *l'orbiculaire droit fonctionne moins bien* et l'occlusion n'est pas tout à fait complète.

La narine droite est absolument insensible. Il en est de même de la partie droite de la voûte palatine et du rebord alvéolaire correspondant. Mais le voile du palais a conservé toute sa sensibilité.

Absence complète de gêne dans les mouvements de la mâchoire. La peau des moitiés droites du nez et de la lèvre supérieure, celle de la joue droite et de la tête du sourcil sont tout à fait insensibles. On peut la pincer et la piquer sans provoquer aucune sensation. *Il semble*, suivant l'expression de M. X..., *que la région est en bois* et comme épaissie. Il éprouve seulement une sensation de froid en ces points.

Les petits élancements fugitifs sous l'aile du nez sont bien plus rares.

Notre opéré est revenu nous voir le 28 mars. Il a repris sa vie ordinaire, il se promène beaucoup. Plus d'œdème de la paupière, plus d'ectropion.

L'ouverture palpébrale semble toujours un peu agrandie à droite. L'occlusion se fait mieux qu'il y a trois semaines; mais la paupière inférieure est toujours paresseuse et ne prend que peu de part à l'occlusion.

La cicatrice est linéaire, à peine visible. L'arcade zygomatique est tout à fait solide. Plus d'élancements vers l'aile du nez. La disparition des crises se maintient, absolue. Depuis vingt ans, dit le malade, je n'ai pas éprouvé pareil bien-être.

Les observations de résection du nerf maxillaire dans la fente ptérygo-maxillaire ne sont pas encore très nombreuses, puisque l'année dernière, à la Société de chirurgie, on ne comptait encore que cinq faits de ce genre en France, quatre appartenant à M. Segond, un à M. Chalot. Depuis, M. Chalot a fait 1 nouvelle opération, ce qui, joint aux 5 cas de Czerny, aux 4 cas de Madelung, à 1 cas de Rehyer, à 4 cas de Tillmanns, donne en tout 20 opérations [1]. C'est ce qui nous a engagé à présenter au congrès une nouvelle observation.

Notre opération a été compliquée de ce fait qu'il y avait eu 18 mois auparavant résection du nerf sous-orbitaire, de sorte qu'il nous a été impossible d'arracher le tronçon antérieur par la voie sous-orbitaire. Nous avons dû enlever par arrachement tout le segment qui se trouve dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Nous n'avons pu voir le nerf au fond de la rainure ptérygo-maxillaire et même sur le crochet nous n'avons pu le distinguer au milieu des tissus chargés avec lui, c'est déjà chose très difficile de voir le nerf au fond de la fente sur le cadavre. Nous avons répété plusieurs fois l'opération et ce n'est que sur un sujet grêle, à ossature délicate, que nous avons reconnu nettement le cordon nerveux.

1. Chalot, *Médecine opératoire*, 2e édition, p. 147.

Chez les hommes fortement constitués, à squelette épais, comme chez notre opéré, c'est chose impossible, car la crête osseuse, signalée par Potherat et Segond, gêne beaucoup.

D'ailleurs cette condition n'est pas absolument nécessaire à la bonne réussite de l'opération. Quand on a pratiqué la manœuvre plusieurs fois sur le cadavre, il y a là une sensation qui ne trompe pas et qui permet d'affirmer qu'on a bien chargé le nerf.

L'opération s'est compliquée d'une lésion d'un des rameaux de la maxillaire interne, rameau que nous avons ramené avec la pince. En 4 minutes, la compression avait arrêté l'hémorragie. Il n'est donc pas nécessaire d'assurer, avec Reyher, l'hémostase par la ligature préventive de la carotide primitive. Du reste, M. Segond a critiqué très vivement cette manière de faire.

Si complète qu'ait été la disparition des souffrances qu'endurait depuis vingt-deux ans notre opéré, il est bien certain que l'intervention que nous avons pratiquée est de trop fraîche date pour que nous ne soyions pas très réservés au point de vue du succès définitif, d'autant plus que l'époque ancienne à laquelle remonte l'affection nous fait craindre des lésions centrales secondaires.

Néanmoins, nous pensons que toutes les fois qu'il existe des névralgies rebelles dans la sphère du maxillaire supérieur, il est préférable, au lieu de s'attarder à la résection du nerf sous-orbitaire, de faire l'opération de Lossen-Braun.

Bien que cette opération n'ait été que rarement pratiquée et que sa valeur thérapeutique ne soit pas établie d'une façon complète, il n'en est pas moins vrai que la bénignité de l'intervention la justifie dans des cas où d'ailleurs tout autre traitement est resté impuissant.

D'ailleurs, le résultat ne devrait-il être dans tous les cas que temporaire, qu'à notre sens, ce serait déjà un avantage considérable que d'interrompre pour un certain temps des tortures qui poussent trop souvent au suicide et, pour notre part, nous ne pouvons oublier avec quelle expression de bonheur notre opéré nous disait que depuis vingt ans il n'avait pas éprouvé de pareil bien-être.

En terminant, nous devons signaler un léger inconvénient de l'opération, inconvénient heureusement transitoire.

Pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération, notre malade a eu une parésie légère de l'orbiculaire. L'occlusion complète de l'œil droit était impossible et il y avait une immobilité presque absolue de la paupière inférieure avec ectropion. Il est certain que la branche descendante de l'incision coupe les rameaux du facial qui se rendent à la partie inférieure de l'orbiculaire. Cette parésie tend aujourd'hui à disparaître complètement et ne

se traduit plus que par une béance plus marquée de la fente palpébrale. L'œil paraît plus grand que du côté gauche.

M. Temoin (de Bourges). — J'ai fait une opération semblable il y a quelque temps; malgré une accalmie apparente, le succès ne s'est pas maintenu. Le malade souffre autant qu'auparavant, et le résultat de l'opération a été nul.

M. Chalot (de Toulouse). — J'ai fait trois fois l'opération en question : la recherche du nerf m'a toujours paru une manœuvre difficile. La largeur de la fosse ptérygo-maxillaire n'est pas toujours la même, et il y a avantage à se donner le plus de jour possible par la résection de tout l'os malaire.

A la suite de la résection, les résultats ne sont pas constants et un seul de mes opérés est guéri depuis quinze mois.

Les kystes racémeux ou en grappe de l'ovaire,

Par le Dr V. Chalot, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on distingue les espèces suivantes de kystes de l'ovaire : 1° les *kystes prolifères*, glandulaires ou papillaires; 2° les *kystes folliculaires*, dits encore parfois kystes de Rokitansky, auteur qui les a signalés et étudiés pour la première fois; 3° les *kystes hématiques*; 4° les *kystes des corps jaunes*, lesquels peuvent être également hématiques; 5° les *kystes dermoïdes*; 6° les *kystes hydatiques*; 7° enfin, à la rigueur, la *sclérose microkystique de l'ovaire*, bien qu'il s'agisse uniquement en réalité d'une ovarite chronique interstitielle. Les tumeurs kystiques de l'ovaire, d'origine conjonctive interstitielle, sont naturellement rangées à part.

Les classiques, tant en France qu'à l'étranger, établissent en outre une différence anatomo-clinique très nette entre les deux premières espèces de kystes qui viennent d'être mentionnées. Les kystes prolifères sont des néoplasmes épithéliaux, interstitiels ou périphériques, qui procèdent dans leur accroissement par invaginations ou par excroissances, et *eux seuls* sont susceptibles d'acquérir un assez grand volume pour nécessiter l'opération de l'ovariotomie bien qualifiée. Les kystes folliculaires, au contraire, sont de simples dilatations hydropiques des vésicules de Graaf, et ils ne dépassent pas *individuellement* les dimensions d'une noix;

tout au plus, par exception, peuvent-ils en s'agglomérant donner à l'ovaire le volume du poing ou celui d'une tête de fœtus, de telle sorte que l'ovaire présente alors l'apparence d'une énorme mûre; mais, dans l'immense majorité des cas, comme Pozzi l'a fait remarquer, l'opération qui a pour but ou pour résultat l'ablation de ces kystes est bien plutôt une simple castration qu'une ovariotomie. Voilà les données courantes qu'il m'a paru indispensable de rappeler pour bien faire ressortir *la physionomie particulière et l'importance clinique d'une nouvelle espèce de kystes ovariens.*

Ces kystes, représentés par un nombre incalculable de vésicules

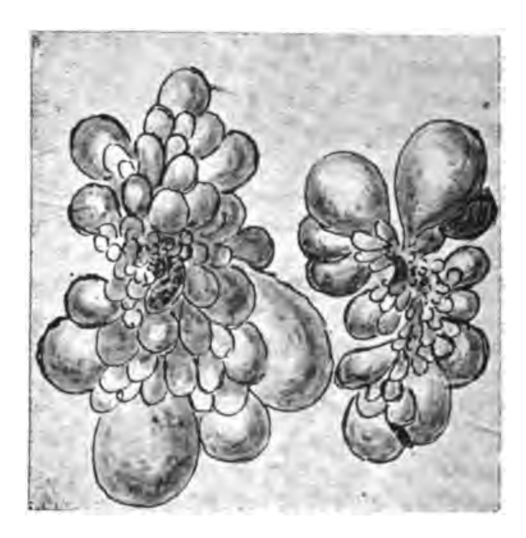


Fig. 10. — Kystes agminés des deux ovaires pesant 20 kilos (Jaccoud. *Dictionnaire de méd. et de chirurgie*, t. XXV).

ou poches transparentes, sessiles ou pédiculées, qui occupent tout le centre et toute la périphérie de l'ovaire en restant simplement contiguës, font ressembler admirablement cet organe à un ovaire de poule, à une môle hydatiforme, ou à une grappe de raisin de dimensions colossales (voy. fig. 10 et fig. 11).

C'est Kœberlé qui les a signalés le premier en 1878, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par cette phrase : « Dans une autre variété, les kystes se développent vers l'extérieur de l'ovaire sous forme de kystes agminés, *en grappe*; et, pour la démonstration, il renvoie le lecteur à la figure 113 de la page précédente, tout à fait typique, et qui vaut certes à elle seule toute une longue description. Cette figure — que je reproduis (fig. 10) parce qu'elle fait époque en la matière — représente « les kystes agminés de deux ovaires, qui pesaient ensemble près

de 20 kilogrammes », et que Kœberlé [1] a évidemment enlevés dans une de ses nombreuses laparotomies. Il ne serait donc que juste d'attacher son nom aux kystes dont il s'agit.

L'indication de Kœberlé est passée complètement inaperçue chez nous, ou du moins je ne connais aucune publication française qui ait trait au sujet actuel. Les kystes racémeux n'ont rien de

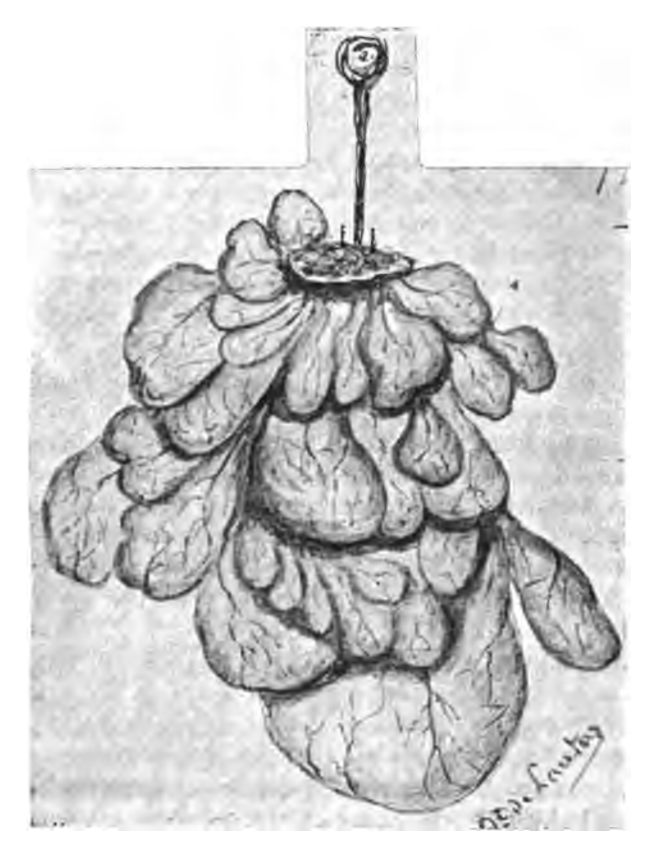


Fig. 11. — Kyste en grappe de l'ovaire droit, enlevé le 17 octobre 1891 à Tarascon (Ariège), par le Prof. Chalot. — *a*, crochet suspendant le kyste. — D'après un dessin de E. Bordier.

commun, ni au point de vue anatomo-pathologique, ni au point de vue clinique, avec l'affection que Pozzi, de Lostalot-Bachoué et Baudron [2] ont décrite, d'après quatre observations, en avril 1890, sous le nom de *maladie kystique de l'ovaire*. Cette maladie est caractérisée par la transformation totale de l'ovaire « en une

1. Kœberlé m'a dit, après ma communication, qu'il avait vu deux autres cas semblables.
2. *Ann. de gynécol.*, avril 1890.

masse d'aspect cloisonné et multiloculaire », « qui ne dépasse pas le volume d'un œuf de poule, et qui confond ses signes avec ceux des tumeurs de la trompe dont il est presque impossible de la distinguer avant l'ouverture du ventre ».

En Allemagne, au contraire, les kystes racémeux sont bien connus depuis une dizaine d'années. C'est même dans cette contrée qu'on trouve le seul document un peu explicite qui ait paru jusqu'à ce jour. Nous le devons à Olshausen. L'illustre gynécologue de Berlin l'a publié en 1884, époque où il avait vu déjà deux fois cette variété si remarquable de kystes sur 300 ovariotomies; il l'a résumé deux années plus tard, avec quelques nouveaux commentaires, sous le titre de *Traubenförmige Ovarialkystome*, dans le *Handbuch der Frauenkrankheiten*. Après avoir cité Kœberlé, il déclare ne connaître aucune description précise qui ait été faite avant lui, sauf celle de Baumgarten : *tumeur formée de trois kystes distincts et réunis entre eux par des pédicules;* aucune *membrane générale d'enveloppe analogue à celle des cystoadénomes ordinaires*. Je ne suis pas bien convaincu, pour mon compte, après lecture de l'original, que le cas de Baumgarten rentre dans la catégorie actuelle. Les deux observations d'Olshausen, qui sont suffisamment détaillées, ne laissent point en revanche le moindre doute. Winckel, d'après Fritsch, a vu trois cas analogues à ceux d'Olshausen. Hofmeier nous dit en avoir observé quatre autres : 2 opérés par C. Schröder, 2 opérés par lui-même. Malheureusement, il ne s'agit là que de simples mentions. Aucun autre auteur, du moins que je sache, n'a parlé des kystes racémeux de l'ovaire.

En somme, jusqu'à présent, la science ne possédait réellement comme matériaux utilisables que le cas figuré de Kœberlé et les deux observations d'Olshausen. J'ai eu l'occasion d'observer un nouveau fait de kyste racémeux, extrêmement intéressant au double point de vue anatomo-clinique; et c'est précisément ce fait qui m'a donné l'idée du présent travail d'ensemble et que je tiens à faire connaître à titre de nouveau document typique. Mon observation sera suivie de la reproduction de celles d'Olshausen; puis je terminerai ce mémoire par une série de conclusions qui seront basées sur tous ces premiers éléments de description.

A. **Observation** (personnelle). — *Ovariotomie : masse de kystes transparents et conglomérés en grappe de l'ovaire droit; ascite colloïde.*

Le 11 octobre 1891, un de mes anciens élèves, M. le D[r] Cazes (de Tarascon), m'adressait la demoiselle Marie Pr., âgée de cinquante-huit ans, comme ayant un kyste de l'ovaire. Il lui avait déjà pratiqué la paracentèse abdominale le 11 juillet de la même année, et avait extrait dix litres d'un liquide légèrement jaunâtre, épais, filant, très gluant surtout

vers la fin de l'évacuation. Au dire de la malade, le gonflement du ventre avait commencé dix-huit mois avant cette ponction par l'apparition d'une tumeur arrondie, mobile, du volume du poing, à la partie inférieure et médiane de l'abdomen. Ménopause à cinquante ans, amaigrissement peu notable; appétit médiocre, digestions lentes et pénibles. Pas de constipation ni de troubles urinaires ni d'œdème des membres inférieurs.

Le ventre est moitié moins volumineux, paraît-il, qu'avant la susdite ponction; il est globuleux, un peu élargi cependant vers les fosses iliaques. Pendant que la malade est couchée sur le dos, sonorité nette dans les deux flancs et au-dessus de l'ombilic; submatité à la percussion légère, sonorité à la percussion profonde dans toute la région sous-ombilicale. Léger degré de fluctuation. En repoussant brusquement avec la main une couche épaisse de liquide, on sent *vaguement* dans la profondeur du ventre une masse un peu irrégulière, molle, quasi fuyante, un peu plus résistante que la masse intestinale, mal délimitée à sa périphérie, de forme hémisphérique, ayant à peu près le volume d'une tête d'adulte, sur la nature et l'origine de laquelle il m'est impossible de me prononcer d'une façon catégorique. Le décubitus latéral, surtout droit, déplace dans le même sens l'aire de la submatité sous-ombilicale. Ligne blanche distendue et herniée sur toute sa hauteur au-dessous de l'ombilic : elle forme une saillie verticale mousse, large de trois travers de doigt, nettement limitée à droite et à gauche par les muscles grands droits de l'abdomen. Hymen intact; son orifice est si étroit et si rigide qu'il n'est pas possible de pratiquer le toucher vaginal.

Diagnostic : tumeur kystique probablement de l'ovaire droit, avec une certaine quantité de liquide ascitique.

Opération le 17 octobre 1892, avec l'assistance de mes confrères, Dr Cazes, Dr Dresch (de Foix) et M. Auriol (de Tarascon), ainsi que d'un de mes internes, M. Baylac. Après les précautions aseptiques usuelles, sous l'anesthésie chloroformique, incision cutanée médiane sous-ombilicale de 8 centimètres; division de l'aponévrose du muscle grand droit gauche à côté du raphé, puis du tissu sous-séreux sur la sonde cannelée; enfin, section du péritoine, qui a l'aspect bleu foncé, avec les ciseaux entre deux pinces qui en soulèvent un pli transversal. Issue immédiate d'une grande quantité de liquide jaunâtre, tout à fait semblable à celui de la ponction antérieurement faite, mais plus épais et plus filant encore, comme du miel. C'est à grand'peine et après beaucoup de temps que je parviens à l'évacuer en majeure partie hors de la cavité péritonéale au moyen d'une série d'éponges plates : les éponges ne peuvent s'imbiber convenablement, et deviennent vite friables; à plusieurs reprises, j'ai dû accélérer l'évacuation avec la main ramassée en creux, tant le liquide est dense et tenace! La quantité totale extraite peut être évaluée à 7 litres environ; il en reste au moins 600 grammes dans la cavité abdominale, dans le petit bassin, entre les anses intestinales. Le péritoine est partout absolument lisse, blanchâtre, et ne présente aucune altération.

L'évacuation une fois suffisante, je découvre, encadrée et coussinée par l'intestin grêle, une masse considérable de kystes très clairs, pédiculés pour un grand nombre, agglomérés d'une façon bizarre et tout à

fait insolite qui m'a rappelé aussitôt et la figure de Kœberlé et le travail d'Olshausen dont il a été question plus haut et que je connaissais déjà ; cette masse occupe tout l'hypogastre et remonte jusqu'au niveau du nombril. J'essaie de l'extraire doucement, en passant ma main droite derrière elle, pour rechercher le pédicule ; trois ou quatre kystes, du volume d'une grosse orange ou d'une mandarine, se rompent et laissent échapper dans l'abdomen un liquide analogue à celui qui y nage librement. J'agrandis alors la plaie abdominale, en haut, puis en bas, de façon à lui donner une longueur de 15 centimètres. Je parviens ainsi à faire sortir ladite masse, sorte de grappe à grains innombrables et énormes, attachée seulement à la moitié externe et flottante du ligament large droit, lequel lui forme un pédicule membraneux peu épais, large de 4 cent. et demi, haut de 3 centimètres, constitué en dedans par le ligament de l'ovaire et la trompe, en dehors par le faisceau vasculaire tubo-ovarien, au milieu par les deux feuillets du ligament large lui-même, ovaire droit impossible à trouver aux environs. *Il est donc évident que la masse racémeuse n'est autre chose que l'ovaire droit lui-même.* Aucune adhérence. Le grand épiploon est sain et étalé comme d'ordinaire au-devant de l'intestin grêle, de sorte que toute la masse morbide siégeait entre lui et la paroi abdominale. L'intestin grêle est également intact, mais complètement affaissé.

Je saisis transversalement le pédicule avec une pince de Doyen au-dessous de la tumeur, j'excise cette dernière d'un coup de ciseaux, étreins le pédicule par une double ligature de soie en chaîne, etc. Pédicule abandonné dans l'abdomen. Lavage de l'excavation pelvienne et des intestins avec 6 litres d'eau bouillie chaude et salée ; malgré cela, il reste encore dans le pelvis environ 300 grammes de liquide colloïde. L'ovaire gauche est très petit, scléreux, sain ; saines aussi sont les annexes gauches de l'utérus ; l'utérus est lui-même induré et atrophié. Aucun néoplasme quelconque nulle part. Suture complète de la paroi abdominale, sans drainage ; bandage, etc.

Durée totale de l'opération = 40 minutes ; c'est surtout l'évacuation du liquide ascitique qui a été longue. Perte de sang insignifiante. Pas de shock.

Les suites opératoires ont été excellentes, et la malade a pu se lever le quinzième jour. Aujourd'hui, 17 mars 1893, elle jouit encore d'une très bonne santé ; il n'existe plus rien d'anormal du côté de l'abdomen.

Examen de la pièce anatomique. Son poids est de 5 kilogr. 210 grammes. Elle a, ai-je dit, l'apparence d'une immense grappe de raisin (fig. 11), avec cette différence que les kystes qui occupent la périphérie sont la plupart très allongés, pédiculés et piriformes. Les kystes périphériques les plus gros sont sphéroïdes, et ont un volume qui varie de celui d'une pomme à celui du poing ou d'une orange. Tous ces kystes, pourvus de pédicules distincts, rayonnent en quelque sorte vers un massif central qui est constitué lui-même par une infinité de kystes, également indépendants entre eux, mais petits (volume d'une noix à celui d'un pois ou d'un grain de blé), facilement énucléables, et séparés seulement entre eux par un treillis de cloisons celluleuses très minces. *Il n'y a point de kystes secondaires inclus dans les parois d'autres kystes.* La transparence

des kystes, quel que soit leur siège, est complète; leur membrane limitante est excessivement mince, délicate, et facile à la rupture; enfin leur contenu liquide a partout les mêmes caractères : épais, visqueux, très filant, légèrement jaunâtre. Le segment externe de la trompe, avec son pavillon, se voit sur un point de la circonférence de la masse.

Au microscope, j'ai constaté : 1° que le liquide est complètement amorphe, sauf la présence de quelques globules rouges, de maints leucocytes et de très rares petites cellules cylindriques; 2° que la membrane limitante des kystes est constituée à l'intérieur par un plan non continu de cellules cubiques très basses, à son centre par du tissu anhiste, enfin à l'extérieur par une couche de tissu conjonctif fibreux avec des vaisseaux sanguins.

Enfin, l'analyse chimique faite par M. Laborde, pharmacien en chef des hôpitaux de Toulouse, a donné les résultats suivants :

Réaction légèrement alcaline.	Densité . .	= 1022.
Matières organiques :	albumine du sérum	= 42 gr. 50 par litre.
—	globuline.	= faible quantité.
—	mucine.	= 1 gr. 50.
—	paralbumine . . .	= très manifeste.
—	urée	= 3 gr. 50.
—	acide urique. . . .	= très faible quantité.
Matières minérales :	chlorures.	= 16 gr.
—	acide phosphorique	= 1 gr. 50.

B. **Observations d'Olshausen.** — I. Femme Paschen, quarante-cinq ans, Xpare, encore réglée. Très forte augmentation du ventre depuis quelques années, sans phénomènes de péritonite.

Ventre gros comme au dernier mois de la grossesse. Dans la station debout, il est fortement pendant; dans la position couchée, il est large et notablement aplati; parois abdominales très épaisses, non œdématiées. Fluctuation partout très nette, tout à fait superficielle, plus appréciable à la vue qu'au toucher, et s'étendant jusqu'au creux épigastrique. *Tumeur impossible à limiter;* c'est seulement dans la région hypogastrique droite qu'on peut percevoir une petite masse dure. Sonorité nette dans la plus grande partie de l'abdomen, y compris les deux flancs; la percussion sur les doigts placés à plat et enfoncés profondément donne le même résultat. Au contraire, les changements de position de la malade modifient constamment les limites de la percussion. Diagnostic probable : *Ascite avec tumeur peut-être solide.*

Or, à la laparatomie, *pas d'ascite.* La tumeur à parois extrêmement minces consiste en un grand nombre de kystes lâchement unis entre eux et en partie pédiculés, dont trois ou quatre sont évacués par ponction. Point d'adhérences pariétales, mais adhérences avec l'appendice vermiforme. En outre, adhérence large avec les franges de la trompe droite et la partie voisine du ligament large droit; on la divise en partie avec la main, en partie après ligature. *Pas de pédicule attenant à la corne utérine*; la tumeur paraît bien plutôt née sur la face postérieure du ligament large. Formation artificielle d'un pédicule par traction de la base, puis

section après ligatures. A la coupe du pédicule on ne voit ni ligament de l'ovaire, ni ligament large, ni trompe. Après l'extirpation de la tumeur on reconnait au toucher et à la vue l'ovaire droit parfaitement normal, ayant les connexions normales avec l'utérus, et assez éloigné du pédicule de la tumeur.

La tumeur montre à un haut degré la forme en grappe non sphérique. Tous les kystes ont la même transparence remarquable, une paroi tout à fait mince et un liquide ténu clair. Ce liquide est très riche en albumine. Les kystes montrent, du moins en majorité, de l'épithélium cilié.

La guérison a été nette, et elle se maintient depuis deux ans. Olshausen pense qu'il s'agit dans ce cas d'un *ovaire accessoire en état kystique.*

II. Femme S..., soixante-quatre ans. *Diagnostic :* double tumeur, dont la plus grande paraît siéger dans le ligament large droit. Pas d'ascite.

Or, à l'opération, même aspect extérieur des tumeurs que dans le cas précédent: vésicules nombreuses tout à fait minces, transparentes, si friables que plusieurs se rompent quand on passe la main à plat derrière la tumeur pour l'extraire. Les bases des deux tumeurs se continuent solidement avec les ligaments larges. Quelques kystes sont si lâchement unis à la tumeur qu'on peut les énucléer avec les bouts des doigts. Ablation incomplète à gauche.

Guérison opératoire; mais bientôt récidive à gauche, qui nécessite une nouvelle laparotomie quatre mois après : évidement complet des ligaments larges. Mort le sixième jour, sans fièvre, d'épuisement.

A l'autopsie, pas de péritonite; ovaires introuvables.

L'examen microscopique des kystes enlevés à la première opération n'a montré partout que de l'épithélium cylindrique bas, sans cils vibratiles. Liquide : un peu visqueux; réaction alcaline; densité de 1011-1014; hématies en partie ratatinées, quelques globules blancs, quelques grandes cellules rondes avec des corpuscules graisseux; quantité considérable d'albumine et assez notable de paralbumine. Aucune formation papillaire dans les kystes.

L'origine ovarienne des tumeurs n'est nullement contestable pour Olshausen; mais elles se seraient développées en partie sous le péritoine.

Des trois observations qui précèdent (Olshausen, Chalot) et de celle de Kœberlé, je crois devoir déduire pour le moment les conclusions suivantes :

1° Il y a une espèce nouvelle de kystes de l'ovaire, qui diffèrent nettement des cysto-adénomes classiques par l'absence de membrane limitante commune et par leur apparence remarquable de grappe; d'où le nom de *kystes racémeux* que je propose de leur donner;

2° Ces kystes sont très rares;

3° Ils se développent tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois;

4° Leur point de départ histologique ne peut encore être déterminé d'une façon définitive; il semble, cependant, d'après les

quelques données actuelles, qu'ils n'ont aucune parenté avec les kystes folliculaires ;

5° En tout cas, il me paraît rationnel d'attribuer leur apparition à l'énucléation et à la distension progressives de cavités closes qui les représentent primitivement dans le stroma ovarien. Cette évolution serait de tous points comparable à la dégénérescence kystique polypeuse qui se forme parfois dans le museau de tanche ;

6° Ils sont susceptibles de présenter un grand volume tout comme les kystes habituels de l'ovaire, puisque dans l'observation de Kœberlé, les deux ovaires pesaient ensemble 20 kilogrammes, que l'ovaire enlevé par moi pesait 5 kilogr. 210 grammes même après rupture de quelques grandes poches, et que, dans le premier cas d'Olshausen, le ventre était gros comme au dernier mois de la grossesse ;

7° Il ne semble pas encore possible de les diagnostiquer avec certitude avant l'ouverture de l'abdomen. Mais on peut les soupçonner d'après les symptômes suivants : sonorité dans les flancs et au-dessus de l'ombilic, submatité sous-ombilicale à la percussion légère, déplacement latéral de cette submatité par le décubitus droit ou gauche, tumeur molle, comme fuyante sous les doigts et n'ayant pas de limites bien arrêtées ;

8° Ils comportent un pronostic bénin ; il n'y a récidive que lorsque l'ablation a été incomplète ;

9° Quant au traitement, à cause de la multiplicité et de la disposition particulière des poches kystiques, on ne peut obtenir la guérison que par l'ovariotomie, et celle-ci est conduite d'après les mêmes règles que pour les cysto-adénomes multiloculaires de l'ovaire.

Bibliographie.

Kœberlé (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr.*, t. XXV, p. 513-514, 1878).

Baumgarten (*Virchow's Arch.*, Bd 97, 1884).

Olshausen (*Centralbl. für Gyn.*, p. 673, 1884; et *Handb. der Frauenkr.*, Bd 2, p. 337, 1886).

Fritsch, *Die Krankheit. der Frauen*, p. 404, 1886.

Hofmeier, *Grundriss der Gyn. Oper.*, p. 276, 1888.

M. Picqué s'étonne d'entendre M. Chalot considérer comme nouvelle, une variété de kystes qu'il a eu pour sa part l'occasion de rencontrer bien souvent à l'hôpital Pascal, dans sa pratique gynécologique.

D'ailleurs les kystes ne sont qu'une variété morphologique de kystes ovariens correspondant à des formes anatomiques différentes : on ne saurait établir de divisions d'après la forme extérieure.

M. Pozzi appuie les considérations précédentes.

Fœtus parasite. — Ablation deux jours après la naissance. — Guérison,

Par le Dr Pamard (d'Avignon).

Le 25 décembre dernier, on m'apporte une fillette, née la veille à huit heures du soir dans une ville voisine, sans que l'accouchement ait présenté de notables difficultés.

Elle présente à la partie latérale droite du cou une tumeur d'un volume relativement considérable. Cette tumeur est adhérente sur une longueur de 0,10 depuis la ligne médiane du cou jusqu'au lobule de l'oreille, qu'elle soulève légèrement : elle mesure 0,23 de circonférence au niveau de son point de jonction, et 0,33 dans sa partie la plus large; elle a 0,17 de diamètre vertical. Elle est recouverte par la peau qui se continue sans changement d'aspect avec celle de l'enfant; il est pourtant à noter que, sur trois points très limités, situés à la partie postérieure et supérieure de la tumeur, la peau est amincie, transparente et anhiste. Sous la peau, on constate la présence d'une mince couche de liquide; il est ensuite facile de reconnaître que l'on est en présence d'une poche contenant un fœtus plus ou moins développé, dont la face antérieure regarde en avant et légèrement à gauche : on sent très distinctement les deux pieds, l'extrémité pelvienne et le dos; il n'y a pas de mouvements dans ces membres, et on n'entend pas de bruits du cœur.

La tumeur est mobile : elle se détache aisément des parties de l'enfant, sur lesquelles elle est greffée; elle n'a aucune attache avec les points du squelette, avec lesquels elle n'a que des rapports de voisinage, avec le maxillaire inférieur en particulier, qui se trouve légèrement déformé.

En face de cette monstruosité, je pensai que je devais débarrasser l'enfant vivant de ce fœtus surajouté, et qu'il fallait agir immédiatement. La famille accepta sans hésitation l'opération proposée; celle-ci fut faite le lendemain matin à la maison Saint-Benoît, avec l'assistance de mes confrères, les docteurs Taulier et Troussaint, et de mon fils. J'eus soin de faire prendre tout d'abord les quatre épreuves photographiques que je mets sous vos yeux.

Je ne crus pas devoir anesthésier l'enfant, qui ne parut pas éprouver beaucoup de douleur.

Je commençai par faire, à deux travers de doigt du point d'insertion à l'enfant, une incision circulaire comprenant toute l'épaisseur de la paroi de la poche. Une certaine quantité de liquide jaune citrin, absolument semblable au liquide amniotique, s'écoula.

Le fœtus fut détaché de la poche qui l'enveloppait : cette séparation ne fut pas possible à la partie postérieure et supérieure, où la poche se confondait avec la peau.

Cela fait, j'entourai la partie supérieure du fœtus parasite, le plus près possible de l'enfant, avec un fort lien de caoutchouc, qui était maintenu par deux grosses aiguilles entrecroisées. La section fut faite sans perte de sang. La peau, que j'avais conservée dans ce but, me servit à recouvrir la plaie, en circonscrivant le pédicule : elle fut maintenue par des sutures au crin de Florence.

Les suites furent des plus simples, car je n'ai pas besoin de dire que les préceptes de l'antisepsie la plus rigoureuse avaient été observés. Au bout de huit jours le pédicule se détache, et la cicatrisation est complète en quatre semaines.

La seule difficulté a été l'alimentation : l'enfant était gênée par le bandage appliqué, mais surtout par la déformation du maxillaire inférieur et du côté droit de la bouche; cette déformation est, sans contredit, le résultat mécanique de la compression exercée par la tumeur pendant la vie intra-utérine. L'enfant ne peut prendre le sein, la succion est impossible : on a dû la nourrir d'abord à la cuiller, ensuite au biberon.

J'ai revu l'enfant le 31 mars; elle n'est pas aussi développée que les enfants de cet âge, mais elle est vivace, rose et bien portante. Toutes les tentatives faites pour lui donner une nourrice ont été inutiles; on devra l'élever au biberon.

La cicatrice est fortement déprimée, mais il existe un épais bourrelet cutané, notamment à la partie antérieure, qui permettra de faire plus tard une autoplastie. En arrière de la cicatrice, au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, une petite tumeur ovoïde, dure, mobile, ayant environ 2 centimètres dans sa plus grande dimension. Cette tumeur, qu'il faudra enlever plus tard, est, sans doute, un reste du germe parasite.

La tumeur pesait 1 kilogr.; ses dimensions sont réduites par suite d'un séjour de trois mois dans l'alcool. Elle se compose de la peau, qui se continuait directement par tout son pourtour avec la peau de l'enfant, dont elle avait la couleur, l'aspect, la structure, sauf aux points où elle était devenue anhiste. Cette peau adhère aux téguments du fœtus parasite à sa partie postérieure dans une certaine étendue. Il y a deux membres inférieurs imparfaits; les pieds n'ont que trois orteils, mais paraissent bien conformés d'ailleurs; ils étaient facilement reconnaissables à travers la paroi de la poche, et m'ont fourni le meilleur signe pour établir mon diagnostic.

Le bassin paraît régulièrement conformé; il y a un rudiment d'organes génitaux.

Le membre supérieur droit existe; il est incomplet, la main a ses cinq doigts.

Je n'ai pas cru devoir disséquer cette pièce; j'ai pensé qu'il était préférable d'en confier l'analyse à des embryologistes compétents.

A mon avis, le fœtus parasite s'est développé dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou, sans avoir aucune relation avec aucune partie du squelette.

La seule observation que j'ai pu trouver ayant quelque rapport avec la mienne est celle du Dr Pancoast (de Philadelphie), qui a enlevé au moyen de l'écraseur un fœtus parasite adhérent à la joue. Le fœtus n'avait pas les dimensions de celui-ci; l'opération a été faite dans l'enfance.

J'estime qu'il vaut mieux opérer au plus tôt : la simplicité de l'opération et de ses suites me paraît plaider en faveur de ce précepte.

Dans un cas analogue, je n'hésiterais pas à opérer par dissection et à enlever le fœtus parasite comme une tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Deux observations de désarticulation de la hanche dans la coxotuberculose après l'insuccès de la résection,

Par le Dr V. Ménard, Chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer.

Les statistiques relatives à la résection de la hanche dans la coxotuberculose suppurée et fistuleuse, mentionnent à côté des guérisons, qui sont en majorité, deux variétés d'insuccès : immédiats, lorsque les malades ont succombé aux suites directes du traumatisme opératoire, c'est le cas le plus rare; éloignés, lorsqu'il y a survie plus ou moins longue des malades sans guérison de la coxalgie.

Ces insuccès éloignés deviendraient exceptionnels si la résection était pratiquée en temps opportun au lieu d'être, ainsi qu'il arrive souvent, appliquée, comme une dernière ressource, à des cas en quelque sorte désespérés. L'état général des malades étant en pareil cas fort misérable, la réparation des extrémités osseuses se fait difficilement après l'opération, les fistules persistent malgré un drainage parfait, et la suppuration reste abondante. Sans doute, en mettant le malade dans des conditions favorables, en pratiquant après la résection des opérations partielles, curettages,

injections modificatrices, on parvient encore assez souvent à diminuer la quantité de pus, et au bout d'un certain temps à modifier l'état général. Les malades finissent par s'acheminer lentement vers la guérison.

D'autres fois, tous ces efforts n'obtiennent aucun résultat sensible. C'est dans ces conditions que je me suis cru autorisé à pratiquer la désarticulation de la hanche. Les résultats m'ont semblé d'autant plus encourageants que cette grave opération a été suivie de guérison dans les circonstances les plus défavorables.

Observation I. — *Désarticulation de la hanche chez un enfant, réséqué depuis trois ans et albuminurique. Guérison.*

D..., garçon âgé de dix ans, a subi la résection de la hanche en 1889 pour une coxalgie suppurée et fistuleuse. La suppuration a persisté depuis cette époque et la santé générale s'est altérée progressivement.

Je trouve cet enfant à l'hôpital maritime de Berck à la fin de l'année 1891, dans un état extrêmement misérable. Quatre fistules situées, deux sur la cicatrice opératoire, une au-devant du grand trochanter, et une dernière sur le bord interne de la cuisse, fournissent une énorme quantité de pus fétide. L'enfant est pâle et émacié, les urines contiennent une petite quantité d'albumine, le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt. L'appétit est nul et la diarrhée se montre fréquemment.

Le *21 mars 1892*, j'ai pratiqué une première intervention itérative consistant en une ouverture large de la hanche et en un grattage des fongosités qui remplissaient la cavité cotyloïde et plusieurs trajets fongueux dans les parties molles. Le cotyle était perforé en deux points, à sa partie inférieure et en avant sur le pubis.

La plaie opératoire est laissée largement ouverte et bourrée avec la gaze iodoformée, en même temps que les fistules antérieure et interne sont drainées.

Le but que je me proposais fut partiellement atteint. Bien que la diarrhée rendit nécessaire le renouvellement très fréquent des pansements, la suppuration fut, pendant plusieurs mois, réduite en quantité, et la réparation locale parut se faire lentement pendant toute la saison d'été 1892, grâce à une condition que je crois très favorable : le malade passait la plus grande partie de ses journées dehors, sous la tente.

Cependant la santé générale s'était peu modifiée et la quantité d'albumine contenue dans les urines n'avait pas diminué. Au contraire, durant les trois derniers mois de l'année dernière, l'état général baissait lentement mais d'une manière manifeste.

Le *9 janvier 1893*, je pratique la désarticulation de la hanche, en suivant la méthode de Verneuil dans ce qu'elle a d'essentiel, c'est-à-dire en appliquant une ligature préalable sur l'artère et sur la veine fémorales.

Au lieu de faire partir l'incision elliptique du pli de l'aine comme dans le procédé de Verneuil, je commence l'incision sur la cicatrice ancienne de la résection derrière le grand trochanter, puis en descendant je con-

tourne successivement les faces antérieure, interne et postérieure de la cuisse pour revenir finalement au point de départ derrière le sommet du grand trochanter. En somme, c'est une incision en raquette dont la portion verticale suit le bord du grand trochanter et dont les deux branches obliques ou corps de la raquette embrassent le bord interne de la cuisse un peu au-dessous de sa partie moyenne. Ce lambeau est formé à la fois par les muscles de la face antérieure et de la face interne de la cuisse.

Je n'ai pas fait d'incision spéciale pour lier l'artère et la veine fémorales. Cette ligature a été faite après la section de la peau en avant de la cuisse. Elle a été appliquée en deux points sur l'artère et sur la veine à un centimètre de distance et chaque vaisseau sectionné s'est trouvé lié par ses deux bouts, central et périphérique.

Cette précaution, très simple, m'a paru nécessaire; si l'on n'applique qu'une ligature sur le bout central, le bout périphérique saigne après la section des vaisseaux, par suite des larges anastomoses vasculaires situées dans l'épaisseur des muscles de la cuisse.

Après cette hémostase préalable, aucune autre ligature n'a été nécessaire, il a suffi de pincer quelques artères peu volumineuses.

Le fémur a été décollé de son périoste de haut en bas sur une longueur de 10 centimètres, ce qui fait que toutes les parties molles de la racine de la cuisse sont conservées dans le lambeau.

L'opération a été terminée par l'ablation d'une large portion de l'os iliaque, comprenant toute la cavité cotyloïde.

En présence des fistules qui traversent le lambeau et des fongosités qui recouvrent l'os iliaque, lésions avec lesquelles il est difficile de réaliser l'asepsie, je pense que la réunion immédiate serait vouée à un insuccès. La plaie reste ouverte et est pansée à plat.

Les suites opératoires ont été d'une grande simplicité. Le malade, dans un état d'extrême faiblesse, augmentée encore par les vomissements et la diarrhée, a été soutenu durant les huit premiers jours à l'aide de petites quantités de champagne, puis de lait additionné d'eau de Vichy.

Les pansements, souillés par les urines et les matières fécales malgré toutes les précautions, ont dû être renouvelés tous les deux jours et quelquefois tous les jours.

Aucune espèce de complication ne s'est produite dans la plaie. Seule la diarrhée ajoutée aux vomissements a paru capable de compromettre la vie durant les dix premiers jours.

Après la première quinzaine, la rétraction de la plaie s'est effectuée lentement, suivant le processus habituel des réunions secondaires. Les troubles digestifs se sont atténués. L'appétit a commencé à renaître et a augmenté avec une rapidité inespérée.

Le *15 mars*, la réunion de la plaie est complète; il reste deux fistulettes : l'une répond à la partie supérieure de la plaie au niveau de la perforation de l'os iliaque; l'autre traverse le lambeau de dehors en dedans; c'est la trace d'une des fistules antérieures à la désarticulation. La quantité de pus qui s'écoule par ces deux trajets est minime. Le pansement n'est renouvelé que lorsqu'il est souillé accidentellement. Le malade se lève et marche avec des béquilles.

L'état général est déjà notablement amélioré, la maigreur est moindre, l'appétit excellent, la diarrhée, qui revient de temps à autre, n'est plus que passagère.

La quantité d'albumine contenue dans l'urine est très notablement réduite.

Examen du fémur. — Le fémur examiné après l'opération est altéré jusqu'au voisinage de son extrémité inférieure. Depuis son extrémité supérieure jusqu'au milieu de la diaphyse, il est renflé irrégulièrement et a perdu sa forme normale. Le périoste, qui s'est décollé avec la plus grande facilité à la fin de l'opération, était manifestement épaissi. Plus bas il est encore altéré, et il ne reprend son aspect normal que sur le quart inférieur du fémur. La surface de l'os est irrégulière sur la même étendue, ce qui témoigne de la présence d'une ostéomyélite chronique sur les trois quarts supérieurs du fémur. Il était impossible d'enlever par une résection la totalité de l'os altéré en conservant un membre utile. On ne peut compter sur des reproductions osseuses de cette étendue chez les tuberculeux cachectiques.

Obs. II. — *Désarticulation de la hanche pratiquée plus de deux ans après la résection chez un enfant atteint de coxalgie. Albuminurie. Guérison.*

D..., âgé de dix ans, est envoyé à Berck en octobre 1891 pour une coxalgie fistuleuse du côté gauche, après avoir subi à Paris une opération sur les détails de laquelle je n'ai pu être renseigné, mais qui paraît avoir été une résection sans ablation du grand trochanter, d'après l'examen de la cicatrice opératoire et des surfaces osseuses de la hanche.

Au moment de l'arrivée à l'hôpital maritime, la région de la hanche offre 14 orifices fistuleux disséminés sur toutes ses faces et correspondant à 7 ou 8 trajets profonds. Un de ces trajets, faisant suite à un orifice situé dans le pli de l'aine, s'engage profondément dans le bassin et arrive à la face pelvienne du cotyle dont il indique la perforation.

Par les autres trajets, on arrive à l'articulation en dehors du bassin.

La suppuration est très abondante; la face du malade est pâle et bouffie, ce qui nous engage à examiner les urines. On y trouve une quantité d'albumine, qui se précipite en flocons par l'acide acétique et la chaleur.

Après quatre mois de séjour à Berck, l'état de la hanche n'est pas modifié, la santé générale paraît aussi stationnaire. Il ne s'est, en tout cas, produit aucune amélioration spontanée. On ne saurait guère en espérer, étant donné l'aspect des lésions.

Le *9 février 1892*, je me décide à pratiquer un drainage de la région. Après une incision large de la cavité articulaire en suivant la cicatrice de l'opération précédente, on constate la perforation du cotyle, qui est élargie avec la curette tranchante. Avec le même instrument j'enlève sans aucune difficulté la totalité du grand trochanter, je renonce à enlever avec la curette les fongosités qui remplissent tous les trajets fistuleux de peur d'augmenter démesurément l'hémorragie.

Un drain est passé dans le trajet intra-pelvien à travers le cotyle, et

sort d'une part dans le pli de l'aine, d'autre part dans la plaie opératoire, que je laisse ouverte largement. Un deuxième drain placé dans la plaie à côté du drain pelvien sort par une fistule de la face antérieure de la cuisse.

A la suite de ce drainage, la suppuration est un peu réduite; le nombre des fistules descend de 14 à 8. Mais l'état général reste stationnaire jusqu'à la fin de l'année dernière. Plusieurs examens successifs des urines montrent que la quantité d'albumine n'a pas diminué.

Le 27 *février 1893*, la désarticulation de la hanche a été pratiquée par le même procédé que chez le malade précédent : incision en raquette à point de départ post-trochantérien, ligature de l'artère et de la veine fémorales au cours de l'incision cutanée, décortication du fémur, pas de réunion primitive.

Les suites immédiates ont été moins pénibles que chez le premier opéré. Le choc opératoire a été à peu près nul; absence de troubles digestifs graves, aucune dépression du système nerveux.

Après une période stationnaire de trois semaines, la suppuration a commencé à diminuer, en même temps que la plaie s'est rétractée. Actuellement, cinq semaines après l'opération, l'étendue de la plaie a diminué des trois quarts en étendue et offre un bon aspect. Plusieurs trajets qui ont été cautérisés par une solution phéniquée à 5 pour 100 ne se laissent plus traverser. La suppuration peu abondante a changé de caractère. Le malade commence à reprendre de l'appétit.

En un mot, l'amélioration est évidente et permet d'espérer dès maintenant la guérison.

Bien qu'il soit trop tôt d'escompter le second cas comme un succès définitif, j'ai tenu à le citer pour le rapprocher du premier auquel il ressemble presque en tous points.

La désarticulation de la hanche dans la coxalgie fistuleuse n'est pas une opération nouvelle, puisque Stephen Smith a produit il y a longtemps une statistique de trente-deux cas avec la moitié de guérisons. Quelques faits ont été publiés (Ashhurst, Bradford) plus récemment. Mais la désarticulation de la hanche appliquée à la coxalgie, qui n'a pas guéri après la résection, n'est pas entrée dans la pratique habituelle.

Lorsqu'il s'agit d'une arthrite tuberculeuse du genou, on n'hésite pas, après l'insuccès de la résection, à recourir en dernier ressort à l'amputation de la cuisse. Moyennant le sacrifice du membre, on obtient le plus souvent la guérison des malades.

Il n'en a pas été de même jusqu'ici pour la hanche. Les auteurs s'étendent peu sur les insuccès tardifs de la résection dans la coxotuberculose. Cette lacune est facile à combler : la suppuration persiste avec ses conséquences habituelles. Le malade s'affaiblit plus ou moins rapidement, l'albuminurie vient très souvent s'ajouter aux autres signes de la septicémie chronique. L'affection, par-

venue à cette phase avancée, est abandonnée à son évolution fatale.

L'abstention des chirurgiens est expliquée par plusieurs raisons. L'état général des malades est habituellement fort compromis après une résection de la hanche dont les suites ont été malheureuses ; la désarticulation de la hanche est une opération qui offre par elle-même une réelle gravité et on renonce à en faire courir le danger immédiat à un sujet qui ne paraît plus offrir une résistance suffisante. Enfin la désarticulation de la hanche ne peut être en pareil cas une opération aseptique suivie d'une réunion par première intention, comme l'amputation de la cuisse après une affection suppurée du genou.

Aucun de ces arguments n'est absolu. Après une résection de la hanche, suivie d'insuccès, on peut, au moins dans certains cas, et, à mon avis, on pourrait assez fréquemment faire la dernière tentative rationnelle, capable de sauver le malade, je veux dire la désarticulation de la hanche.

Je suppose bien entendu que la coxotuberculose est la seule affection dont le malade soit atteint.

Après une résection de la hanche, pratiquée à la période fistuleuse de la coxalgie, on ne peut espérer toujours une guérison très rapide. Il faut assez souvent une période de plusieurs mois pour que la réparation se complète. Cette période peut être traversée par des incidents qui obligent à de nouvelles interventions plus ou moins importantes ; incision et drainage d'abcès, curettage plus ou moins étendu. Mais une amélioration locale même lente se traduit bientôt par un relèvement de la santé générale. On s'en aperçoit d'abord à une reprise de l'appétit. Si, au contraire, malgré des pansements soigneusement faits et de bonnes conditions hygiéniques, les malades continuent à refuser presque tout aliment et à maigrir de plus en plus, il est clair qu'on n'a plus beaucoup à espérer des suites de l'opération.

Il reste alors à faire un choix entre l'abstention, c'est-à-dire l'abandon du malade, et la désarticulation de la hanche.

Les deux faits que j'apporte s'ajoutent à d'autres faits analogues pour montrer que la désarticulation de la hanche est mieux supportée qu'il n'était à prévoir ; j'ai pratiqué cette opération dans des conditions très défavorables, si l'on n'a égard qu'à l'état des deux enfants qui étaient albuminuriques l'un et l'autre depuis plus d'un an. On ne pouvait opérer plus tardivement. D'un autre côté, il n'est pas douteux que mes malades se trouvaient placés après l'opération dans des conditions beaucoup plus avantageuses que ceux des hôpitaux des grandes villes.

Quoi qu'il en soit, je pense qu'il ne faudrait pas attendre aussi longtemps. De même que la résection de la hanche doit être pra-

tiquée dès que la guérison spontanée de la coxalgie est démontrée comme à peu près impossible, de même la désarticulation peut être discutée dès que l'insuccès de la résection est indiqué nettement par la déchéance progressive de l'état général. Les chances de guérison deviennent moindres naturellement à mesure que l'on remet la décision à prendre.

J'ai opéré mes deux malades bien qu'ils fussent albuminuriques. La néphrite des suppurations prolongées, qu'il ne faut pas confondre avec la néphrite suppurée, ni avec la néphrite tuberculeuse dans le cas spécial de la coxotuberculose, n'est pas, à mon avis, une contre-indication opératoire, au moins chez les enfants. Plusieurs chirurgiens, entre autres E. Bœckel, ont pratiqué avec succès de nombreuses résections de la hanche chez des albuminuriques. On pourrait même avancer, sans crainte de paradoxe, que la néphrite causée par la filtration à travers les reins des produits septiques, résorbés dans un foyer suppurant, est une indication urgente de toute intervention capable de supprimer la suppuration elle-même, ce qui ne veut pas dire qu'on doive opérer un malade prêt à succomber à l'urémie. Cette conséquence grave de la néphrite des suppurations est du reste très tardive chez les enfants.

Je pense qu'on est autorisé à pratiquer une opération grave, même la désarticulation de la hanche, chez un enfant albuminurique. A l'appui de cette opinion, je pourrais citer, outre les deux observations précédentes, plusieurs autres observations d'enfants, chez lesquels j'ai pratiqué des opérations variées, résection de la hanche, enlèvement de ganglions, évidement des os. La résistance des enfants au choc opératoire ne m'a pas paru très notablement diminuée par la complication spéciale de l'albuminurie.

De plus, cette albuminurie des suppurations est curable. J'ai constaté plusieurs fois la disparition de l'albumine dans les urines avant même la guérison complète de l'affection suppurée. Un cas m'a paru particulièrement frappant. Un jeune garçon atteint de coxalgie avec plusieurs fistules était envoyé à Berck en 1889. Cazin note à cette époque un état général grave, contre-indiquant toute opération, et entre autres détails il indique à plusieurs reprises et à des dates successives une albuminurie abondante. Or en 1891 j'ai retrouvé cet enfant à l'hôpital maritime de Berck avec une seule fistulette au niveau de la fesse et plusieurs cicatrices dans le voisinage, un état général excellent et une absence complète, plusieurs fois constatée, d'albumine dans les urines. Je ne veux pas insister davantage sur cette guérison de l'albuminurie des suppurations chez les enfants, ni sur son interprétation. Mais le fait me paraît indéniable.

Je ne pouvais adopter pour la désarticulation de la hanche une autre méthode que celle de Verneuil. J'ai appliqué une double ligature sur l'artère et sur la veine fémorales après l'incision de la peau. La perte de sang a été insignifiante.

La modification que j'ai apportée au procédé de Verneuil m'a paru convenir spécialement au cas de la coxalgie suppurée. L'incision en raquette partant de la face postérieure du grand trochanter a l'avantage d'utiliser l'incision faite antérieurement pour la résection; de plus, elle se prête bien au drainage de la cavité cotyloïde, dont la réparation nécessairement lente retarde la guérison complète.

Pyosalpingite double consécutive à une hématocèle rétro-utérine, traitée par la laparotomie. — Guérison,

Par le Dr Vaslin (d'Angers).

La transformation d'une hématocèle péri-utérine en pyosalpinx, après une guérison apparente complète pendant quinze ans, me paraît un fait assez rare et assez intéressant, pour le rapporter dans tous ses détails au point de vue de la pathogénie et du traitement.

Observation. — Le 29 mai 1875, je suis appelé auprès de M. B., âgée de vingt-six ans. Mariée depuis six ans, elle a eu trois enfants, qui ont succombé quelques mois après leur naissance. Les accouchements ont été faciles. La menstruation a toujours été régulière et exempte d'accidents locaux et généraux jusqu'en février dernier.

A cette époque, il y a environ quatre mois, M. B. est prise d'une douleur vive et subite dans toute la région hypogastrique. La violence des souffrances l'oblige immédiatement au repos absolu. L'écoulement menstruel cesse aussitôt, les douleurs abdominales persistent pendant plusieurs jours avec une très grande acuité et s'accompagnent de vomissement et de gonflement du bas-ventre.

Pendant les mois de mars, avril et mai, les coliques diminuent dans l'intervalle des menstrues, pour s'exaspérer à l'époque habituelle de leur apparition. Mais aucun flux extérieur ne se produit et la région hypogastrique se distend de plus en plus.

Ces troubles génésiques ne tardent pas à engendrer une perturbation générale des plus graves : vomissements incoercibles, constipation opiniâtre, anémie profonde, amaigrissement, insomnie, mouvements convulsifs. Le confrère appelé dès le début et dans le cours de la maladie, examine les organes génitaux, applique le spéculum, croit reconnaître un prolapsus utérin et conseille l'emploi d'un pessaire. Cet appareil, loin d'apporter du soulagement, surexcite les douleurs, provoque les vomissements et est expulsé du conduit vulvo-vaginal.

A ma première visite, 29 mai, quatre mois environ après le début des accidents, M. B. offre la teinte jaune paille de la chloro-anémie la plus profonde. Elle se plaint de nausées et de vomissements incessants. On me présente en effet une cuvette remplie de matières bilieuses rejetées depuis le matin. Les quelques mouvements que fait la malade pour se soumettre à mon examen, déterminent plusieurs nausées suivies de mouvements convulsifs. Les vomissements sont accompagnés de coliques intenses siégeant principalement au-dessous de l'ombilic.

La région sous-ombilicale de l'abdomen est ballonnée comme au sixième mois de la grossesse.

Par la palpation et la percussion, je reconnais l'existence d'une tumeur considérable remplissant les régions hypogastriques et iliaques et remontant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. Elle est fluctuante, mais offre plus de consistance en haut et sur les côtés, qu'au centre. La pression et la palpation de la tumeur sont douloureuses et les douleurs retentissent dans l'excavation pelvienne et le canal vulvo-vaginal.

Pratiquant le toucher vaginal, je trouve une tumeur molle, rénitente, fluctuante, occupant tout le cul-de-sac postérieur et descendant par la cloison recto-vaginale, jusqu'à quatre centimètres de l'orifice vulvaire. La cavité du vagin est effacée dans les trois quarts supérieurs, et il faut recourber fortement le doigt en avant, pour atteindre le col utérin : celui-ci refoulé sous la symphyse pubienne est légèrement entr'ouvert et de volume normal.

Par la palpation abdominale combinée au toucher rectal, on constate le phénomène suivant de la fluctuation. La pression exercée par la main gauche largement appliquée sur la région hypogastrique rend la tumeur vaginale plus saillante et plus rénitente. Réciproquement, la pression exercée par le doigt appliqué sur la tumeur vaginale produit une sensation de soulèvement dans toute l'étendue de la tumeur abdominale.

La vessie ne contient qu'une petite quantité d'urine et cependant la miction est fréquente, ce qui s'explique par la compression de l'organe.

Par le toucher rectal, on constate que la paroi antérieure de l'intestin est fortement distendue et refoulée vers la postérieure, aussi la constipation est-elle très opiniâtre.

Le pouls est petit, fréquent et de temps en temps la malade est prise de lipothymies et de secousses convulsives générales.

Diagnostic. — On est en présence d'une tumeur liquide de l'excavation pelvienne, remontant dans l'abdomen jusqu'au voisinage de l'ombilic. Elle est indépendante de l'utérus; la situation et le volume de ce dernier l'indiquent très nettement.

Parmi les collections liquides développées dans l'excavation pelvienne, celle-ci offre comme caractères distinctifs, d'avoir débuté subitement, d'effacer le cul-de-sac postérieur, en se prolongeant dans la cloison recto-vaginale. Ces caractères ne peuvent se rapporter qu'à deux variétés de collections liquides pelviennes et péri-utérines : un épanchement sanguin ou purulent. L'idée de purulence est écartée par l'absence de fièvre et d'élévation de température. Enfin l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges n'est pas admissible, car ces tumeurs

ont un début lent, insensible, se développent de l'excavation pelvienne vers l'abdomen sans proéminence vers le cul-de-sac postérieur et la cloison recto-vaginale.

Traitement. — Les accidents généraux déterminés par l'état local menacent l'existence de la malade, il faut agir immédiatement. Admettant l'existence d'une hématocèle, la résorption est désormais impossible. D'ailleurs, loin de marcher vers la résolution, l'épanchement sanguin tend à augmenter, à déterminer par sa grande quantité, les accidents généraux les plus graves, vomissements incessants, lipothymies, accès convulsifs.

L'emploi de la ponction aspiratrice me paraissait indiqué. Par ce moyen, on vidait l'épanchement, sans crainte d'introduction de l'air et avec chance de résorption consécutive des produits n'ayant pu être extraits, caillots et fausses membranes.

Opération. — La malade est approchée sur le bord de son lit, et mise dans la position que nécessite l'examen au spéculum.

Une des branches du spéculum Bozeman est introduite en suivant la paroi antérieure du vagin. Elle est confiée à un aide, qui l'attire directement en haut de la main droite pendant qu'il exerce de la main gauche une compression abdominale. Cette manœuvre met à découvert la partie inférieure de la tumeur proéminant dans le vagin, en la rendant plus saillante et très rénitente, conditions propices pour la ponction. J'introduis sans difficulté une aiguille d'un calibre triple environ de celui de la seringue Pravaz.

Dans l'espace de vingt-cinq minutes, je retire environ 1500 gr. de sang noir.

Cette déplétion est immédiatement suivie d'une très grande amélioration dans l'état local.

D'abord l'abdomen revient à son volume normal : cependant la tumeur abdominale n'est pas entièrement disparue. Il reste une masse consistante dépassant le pubis de deux travers de doigt et se prolongeant de chaque côté vers les fosses iliaques.

Par le toucher, je constate la disparition complète de la tumeur qui remplissait la partie supérieure du vagin. L'utérus a repris sa situation. Le cul-de-sac antérieur est reconstitué et souple. Le cul-de-sac postérieur est rentré aussi dans ses limites ordinaires, mais les tissus sont empâtés, sans souplesse, modifications dues à la présence de caillots et de fausses membranes.

L'amélioration dans l'état général ne tarde pas à se manifester. Les vomissements cessent, les troubles nerveux se calment : une douleur assez vive survenue le troisième jour de l'opération, dans la région iliaque gauche, cède rapidement à l'application d'un vésicatoire.

Le huitième jour, l'appétit est revenu, l'empâtement que l'on avait constaté au-dessus du pubis et dans les fosses iliaques s'est dissous, l'utérus est mobile, et les culs-de-sac sont souples.

Le quinzième jour, la malade peut faire une promenade. Six semaines environ après l'opération, la menstruation s'opère régulièrement. Deux ans après, mai 1877, je revois Mme B. florissante de santé. Pendant quinze

ans, de 1875 à 1890, elle n'éprouve aucun trouble menstruel et ne ressent aucune douleur abdominale. Cependant cette guérison considérée comme définitive n'était qu'apparente, ainsi que nous allons le voir.

Dans les dernières années, 1891 et 1892, Mme B... ressentait des douleurs lombaires et abdominales, la marche était pénible et la région hypogastrique se ballonnait. Au commencement de janvier, surviennent des coliques extrêmement intenses avec vomissements, frissons et fièvre intense, 39°,9. Je constate que l'abdomen renferme une tumeur considérable remplissant les régions hypogastriques et iliaques et remontant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. Elle est fluctuante et offre, avec les organes du petit bassin, les mêmes connexions que celle observée quinze ans auparavant.

Mais cette fois le contenu était du pus. Les frissons, les vomissements, la température à 39°,9 le démontraient. Il était indiqué d'agir par la voie abdominale et d'extraire cette fois le liquide et la poche qui le renfermait.

La laparotomie est pratiquée le 5 janvier avec le concours de mes distingués confrères MM. Lepage et Quintard. Incision sur la ligne médiane, allant de l'ombilic jusqu'au pubis. Epiploon et intestins sont repoussés à gauche et maintenus par des compresses stérilisées. La tumeur apparaît sous la forme d'un kyste à parois épaisses et violacées. Elle adhère aux anses intestinales et principalement au cæcum. Elle descend dans le cul-de-sac de Douglas qu'elle distend et remplit complètement. En avant elle est accolée à l'utérus et à ses annexes et à la vessie.

L'action de détacher ce kyste purulent des organes précités avec lesquels il avait contracté des adhérences anciennes et résistantes, constitue un temps très laborieux de l'opération. Cependant son énucléation était presque terminée, quand une rupture se produit à la partie antérieure. Un flot de pus que l'on peut évaluer à deux litres environ s'écoule en dehors de la cavité abdominale, par l'angle inférieur de la plaie abdominale. A l'aide de compresses stérilisées, les masses intestinales sont protégées. Les parois du kyste, très épaisses, comme on peut le constater par le spécimen que je présente, nécessitèrent une dissection minutieuse jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Les annexes ont disparu au milieu de cette fonte purulente.

La toilette du péritoine est effectuée d'abord par une irrigation de dix litres d'eau tiède boriquée à 2 0/0. Ensuite le cul-de-sac de Douglas, dont la surface est saignante, est comblé avec une bande de gaze iodoformée de 1 mètre de long, dont l'extrémité sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'ouverture abdominale est fermée par trois plans de suture en soie phéniquée. L'angle inférieur, par où sort la gaze iodoformée, est muni d'une suture d'attente.

Les suites de cette intervention chirurgicale furent simples et exemptes de complication.

La température s'éleva à 38° le second jour.

Par la bande de gaze iodoformée, jouant à la fois le rôle d'hémostase et de conduit excréteur des liquides septiques, il s'écoule une grande quantité de sérosité. Le troisième jour, elle est retirée à moitié environ

par des tractions modérées, et le sixième jour, l'autre moitié est extraite et la ligature d'attente est immédiatement serrée. Le vingt-cinquième jour, l'opérée quitte la maison de santé; sa guérison est complète.

Quelles sont les conclusions qui se dégagent de l'observation que je viens de rapporter?

Du sang provenant des ovaires ou du plexus ovarien versé dans le péritoine rétro-utérin s'était enkysté et avait produit une hématocèle considérable. Par la ponction aspiratrice, on avait retiré le contenu de la poche hématique, mais les parois de cette poche persistaient avec les éléments favorables à la reproduction d'un liquide. Par le conduit utérin et celui des trompes, des germes pyogènes infectieux pénètrent dans le foyer hématique, produisent un pyosalpinx double, qui nécessite la laparotomie. Instruit par cette pathogénie, il est indiqué, dans le cas d'hématocèle rétro-utérine considérable, d'intervenir immédiatement par la laparotomie, pour extraire le sang, les caillots, les fausses membranes et le kyste, ensuite d'agir sur les annexes afin d'éviter la formation ultérieure d'un pyosalpinx extrêmement grave.

Cystotomie et prostatectomie sus-pubienne,

Par le Dr Louis Jullien, Chirurgien de Saint-Lazare.

Nous avons eu l'occasion, feu Horteloup et moi, de pratiquer l'an dernier une opération d'ablation de la prostate par la voie sus-pubienne. Ma communication a un double but : faire connaître un fait susceptible de prendre date et rang dans l'histoire d'une intervention née d'hier, et rendre hommage, comme ami et collaborateur, à la mémoire regrettée de l'ancien chirurgien de Necker.

Le malade dont il s'agissait était un homme de soixante-trois ans, qui depuis un an, lorsque nous le vîmes, en mars 1892, présentait les symptômes classiques de l'hypertrophie de la prostate. Il s'y ajoutait en outre des algies intenses, nocturnes surtout, ayant pour siège la partie postérieure du tronc. L'urine contenait 45 centigrammes par litre d'albumine, 25 grammes d'urée et 45 centigrammes d'acide urique. Le cathétérisme était facile avec des instruments de gomme, mais présentait de grandes difficultés avec les sondes rigides. Au toucher rectal, on percevait une glande énorme et très irrégulière, comme bourrée de petits fibromes.

Une intervention s'imposait, car le malade n'était guère patient

et demandait instamment qu'on le débarrassât de ses douleurs et de sa dysurie. D'un tempérament nerveux et très impressionnable, il était venu à Paris pour trouver une solution prompte à ses maux, et s'alarmait du moindre retard. J'avais résolu de lui pratiquer la cystotomie et de créer, à la façon de Poncet, un méat abdominal. Horteloup, dont j'avais tenu à prendre l'avis, tout en acceptant le principe de l'ouverture de la vessie, y vit surtout la voie pour atteindre l'organe malade et en faire l'extirpation, plan qui me parut des plus rationnels, et pour la réalisation duquel je fus heureux de prêter ma coopération.

L'opération eut lieu le 30 mars 1892, et dura 56 minutes, en y comprenant l'anesthésie, l'introduction laborieuse du ballon de Petersen, la distension de la vessie par l'injection d'eau boriquée, et enfin le gonflement du ballon. Le patient était placé sur le lit à bascule de Mathieu, permettant, le moment venu, de donner la position de Trendelenburg.

Incision transversale immédiatement au-dessus de la symphyse, dans l'étendue de 12 centimètres; écartement vigoureux des muscles droits, sans aucune section, au moyen des doigts en crochet, découverte de la vessie; tels sont les premiers temps aisément réalisés. A ce moment, la tête est inclinée en bas et la face supérieure de la vessie devient des plus apparentes. Une ponction est faite avec le trocart releveur, qui rend facile ensuite l'incision large et transversale de la paroi vésicale, laquelle donne fort peu de sang. On peut alors constater aisément dans le col la saillie du lobe moyen de la prostate, et deux grosses tubérosités latérales. La muqueuse est entamée à leur niveau puis légèrement écartée, et les néoplasmes étant bien mis à nu, Horteloup glisse une pince coupante emporte-pièce à bec de corbeau, qui successivement emporte les trois lobes et déblaie complètement le méat vésical de l'urètre. Une hémorragie assez abondante sur le moment, mais vite réprimée par le thermo-cautère, suit cette ablation. L'opération se termine par la suture partielle de la vessie et le placement de deux gros drains à son intérieur. La paroi abdominale est également réunie au niveau des extrémités de l'incision.

Je serai bref sur les suites. Les lavages furent faits quotidiennement par l'urètre et par les drains vésicaux. Je noterai seulement une hémorragie assez abondante qui eut lieu le 5 avril par une artériole sous-cutanée, et un délire nerveux qui, du 8 au 15, tint notre malade dans un état complet de déraison; il était agité, méchant, craintif, menaçant et avait absolument perdu la notion des circonstances et du milieu où il se trouvait, il reconnaissait à peine sa femme et ses fils; mais le pouls était très bon et la température normale, en même temps que l'état local se modifiait des

plus heureusement. Un matin la conscience reparut, et c'est vers ce moment que la miction se rétablit par les voies naturelles. Le 14 avril, en effet, nous apprîmes que le malade s'était levé de nuit et avait uriné par la verge tout naturellement. Des cathétérismes furent régulièrement pratiqués avec les bougies Béniqué, et quand un mois plus tard il quitta Paris pour rentrer en province, il ne restait à l'abdomen qu'une fistulette à peine suintante, l'excrétion urinaire s'exécutait régulièrement sans le secours de la sonde, et sans la plus petite difficulté.

Notre opéré revint en novembre, ce fut le dernier malade que revit Horteloup avant de quitter Paris pour n'y plus revenir. Le résultat fonctionnel restait acquis, quoique la fistule abdominale donnât un peu d'urine. L'état général n'était pas bon, mais il fallait surtout incriminer une dyspepsie rebelle, cause de vives douleurs. Enfin, il ne faut pas oublier que nous avions affaire à un albuminurique, circonstance qui ne nous fit pas hésiter, mais qui paraîtra sans doute de nature à expliquer quelques-uns des incidents qui ont suivi l'opération.

En 1880, en terminant mon article sur l'*hypertrophie de la prostate* dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, je contais comment Fergusson et Bryant avaient, au cours d'une taille, débarrassé leurs malades de petits corps fibreux prostatiques, et j'ajoutais ces lignes : « La conclusion de ces faits n'a pas encore été tirée pratiquement, mais il est impossible qu'on n'y arrive pas. On se dira que le résultat obtenu par hasard, nous devons le demander à une opération réglée; la voie est toute tracée pour des progrès considérables. » On est toujours heureux de s'être trouvé bon prophète, et je le suis tout particulièrement d'en fournir la preuve par cette modeste contribution.

M. Roux (de Lausanne) appuie les conclusions de M. Julien et cite un cas heureux de sa pratique.

M. Ollier (de Lyon) rapporte qu'il y a vingt-deux ans, en faisant une taille, il eut l'occasion de pratiquer cette opération qui donne, selon lui, d'excellents résultats, mais il est nécessaire de faire des interventions réglées.

Séance du lundi 3 avril (soir).

Présidence de Sir William Mac Cormac.

Sur le traitement des luxations anciennes de l'épaule.

Par Sir William Mac Cormac, Chirurgien en chef
de l'hôpital Saint-Thomas, à Londres.

Je vous demanderai d'écouter, avec votre indulgence habituelle, la narration d'un cas de luxation ancienne, non réduite, de l'humérus, avec fracture de cet os.

Le malade était un homme de quarante ans, délicat, chétif, de tempérament nerveux; il avait eu autrefois des rhumatismes et aussi ce qu'on appelle, aux Indes, le *jungle-fever;* le 11 novembre, trois mois avant sa visite chez moi, il avait fait à la chasse une chute de cheval, et était tombé sur l'épaule. Son médecin ordinaire diagnostiqua une fracture, et un chirurgien, appelé en consultation vingt-quatre heures après, confirma cette opinion après avoir chloroformé le malade. L'os était brisé près de son extrémité supérieure, mais l'enflure considérable qui était déjà survenue l'empêcha de se prononcer au sujet d'une luxation. On plaça le membre dans une gouttière moulée et on fixa le bras. Quinze jours après, l'enflure ayant beaucoup diminué, le même chirurgien découvrit une luxation de l'humérus et fit des efforts prolongés, mais inutiles, pour la réduire; ces manœuvres finirent par briser l'os et il fallut remettre l'appareil avant de faire une nouvelle tentative de réduction. Au bout d'un certain temps, un autre chirurgien examina de nouveau le malade, mais ne jugea pas à propos d'intervenir activement; il se borna à recommander le massage et les mouvements passifs, mais le membre était devenu si douloureux au moindre mouvement qu'on ne pouvait entreprendre aucun traitement efficace.

Lorsque le malade vint me voir, l'articulation ne permettait que de très faibles mouvements; le malade se plaignait de douleurs vives et constantes. On sentait la tête de l'os sous l'apophyse coracoïde; la fracture paraissait être consolidée. Je fis un examen complet dans la narcose; la mobilité était à peu près nulle, la largeur anormale de l'os semblait indiquer une fracture de la grosse tubérosité et la tête paraissait soudée presque à angle droit avec la diaphyse. Trois mois s'étant écoulés depuis l'accident, je ne crus pas devoir employer des manipulations violentes pour réduire la luxation, car il me paraissait probable qu'elles n'auraient aucun

succès et qu'elles risqueraient de produire une nouvelle fracture. Je proposai donc au malade, d'accord avec sir Joseph Lister, de pratiquer une incision et de réduire, si possible, la luxation; mon intention était, en cas d'insuccès, de faire la résection de la tête de l'humérus. Le malade désirait vivement être soulagé, car son bras était inutile et les douleurs vives et continuelles qu'il éprouvait avaient fini par réagir sur l'état général.

Le 2 mars, je pratiquai une incision de près 13 centimètres de longueur, partant de la clavicule et se dirigeant de haut en bas, à la face antérieure de l'articulation; l'incision, parallèle à l'axe du membre, passait juste en dehors de l'apophyse coracoïde; elle croisait obliquement la tête déplacée de l'humérus et correspondait à l'interstice du deltoïde et du grand pectoral. Une grosse veine céphalique, qui suivait la ligne de l'incision, fut liée aux deux extrémités, et excisée. J'ouvris ensuite la capsule, après avoir écarté les muscles, et j'aperçus la tête de l'humérus au fond de la plaie. Au moyen d'un élévatoire à périoste, je détachai la capsule, le périoste et les muscles, des tubérosités, de façon à libérer la tête; je m'aperçus alors que la grosse tubérosité avait été séparée et qu'une masse de cal s'était formée; en outre le tiers antérieur de la cavité glénoïde était détaché du reste et les deux tiers postérieurs étaient remplis de tissu conjonctif très dense et de restes de capsule; c'est seulement après avoir complètement enlevé tous ces tissus que je parvins à réduire la luxation; le cartilage qui recouvrait la tête de l'os et la cavité glénoïde paraissait n'avoir subi aucune altération. Pendant l'opération, je vis s'écouler de la partie profonde de la plaie environ deux grammes de pus, mais il ne me fut pas possible de découvrir exactement d'où il venait. Sir Joseph Lister ayant assisté à l'opération, il est inutile d'ajouter que toutes les précautions antiseptiques avaient été observées. La tête de l'os ayant été replacée dans la cavité glénoïde, le bras fut fixé au tronc de façon à amener le coude en avant. Pendant quelque temps, le malade cessa de ressentir les douleurs qu'il avait éprouvées auparavant, mais malheureusement la plaie commença à suppurer et pendant quelques jours on nota une élévation considérable de température; la suppuration devient assez abondante, et, au bout de trois semaines, le malade ne faisait aucun progrès.

C'est alors que je me décidai à exciser la tête humérale. Le 21 mars, je rouvris la plaie, fis saillir la tête de l'humérus en dehors et sectionnai l'os en suivant autant que possible le col anatomique, de façon à n'enlever que la tête et, d'un côté, une petite surface de l'os dénudé au delà du col. La cavité glénoïde était remplie de granulations auxquelles on ne toucha pas.

L'opération fut bien supportée et peu après les douleurs disparurent complètement. Le malade progresse maintenant d'une façon tout à fait satisfaisante.

Messieurs, la question que je désire poser est celle du traitement des cas de ce genre, prenant en considération le peu de risques que nous courons maintenant grâce aux précautions antiseptiques. Sans doute la suppuration qui est malheureusement survenue chez mon malade a fait échouer la tentative que j'avais en vue; je n'ai pas réussi à reformer une articulation et le résultat définitif, pour ce qui concerne la mobilité, s'en ressentira. Si j'avais pu prévoir la suppuration, j'aurais fait la résection de prime abord, comme opération de choix, mais je m'attendais à ce que la plaie se fermât sans accident et j'espérais un résultat fonctionnel supérieur à celui qu'on obtient par la résection.

J'ai réséqué une fois la tête de l'humérus pour une luxation datant de dix-huit mois; le bras était atrophié et inutile par suite de la compression des nerfs, et la douleur était à la fois continuelle et presque intolérable; là je trouvai la cavité glénoïde oblitérée et sa portion antérieure avait disparu sous l'influence de la compression de la tête humérale; cette dernière présentait un profond sillon et était presque dépourvue de cartilage. La réduction étant impossible, j'excisai la tête humérale; les douleurs disparurent et le bras redevint assez utile.

Lorsque, dans un cas récent de luxation compliquée de fracture du col, on ne réussit pas à obtenir la réduction, faut-il attendre la consolidation, puis essayer de nouveau la réduction, ou bien vaudrait-il mieux pratiquer une incision et enlever la portion d'os détachée? Serait-il préférable d'imiter Helferich et de fixer la tête de l'os au moyen d'une cheville? Il est intéressant de noter, autant que je sache, qu'il n'existe aucun cas dans la littérature où la tête humérale, séparée du reste de l'os au niveau du col anatomique, se soit nécrosée.

Deux cas intéressants à ce point de vue ont été observés dernièrement à l'hôpital Saint-Thomas par mes collègues MM. Croft et Clutton; ils se ressemblent par la nature du traumatisme et par le traitement adopté; il s'agissait, chez les deux malades, d'une fracture du col anatomique avec luxation, et dans tous les deux on a pratiqué l'excision presque immédiate de la tête humérale. Dans un le résultat était bon, dans l'autre assez satisfaisant.

Voici, probablement, comment se produit la fracture du col anatomique d'abord difficile à comprendre; la luxation est la lésion primitive; le sillon qui forme le col anatomique se place contre le bord antérieur de la cavité glénoïde; la force continuant à agir, ce bord fait coin et sépare la tête du reste de l'os.

Dans un cas noté par M. Bennett, de Dublin, il existait une fracture incomplète du col anatomique, ce qui montrait clairement le mécanisme de la lésion.

Les luxations de l'épaule sont les plus fréquentes et aussi celles qu'on méconnaît le plus souvent quand elles sont récentes. La luxation ancienne se reconnaît aisément, mais elle devient difficile à soigner, surtout quand elle est compliquée de fracture. Dans ces cas, la rigidité consécutive est toujours considérable.

Quel doit être le traitement de la luxation de l'humérus quand toutes les tentatives raisonnables ont échoué ou quand l'accident date de longtemps? On peut temporiser, faire du massage, des mouvements actifs et passifs, de l'électricité, et augmenter ainsi la mobilité. On obtient quelquefois un résultat assez satisfaisant, mais souvent le bras reste inutile et douloureux. On peut faire une opération, pratiquer, de préférence, une longue incision antérieure, afin de replacer la tête dans la cavité glénoïde; et on peut, par la même incision, exciser la tête si c'est nécessaire. L'âge et l'état général du malade nous guideront surtout dans notre intervention. L'ancienneté de la luxation est fort importante, aussi chaque cas doit-il être jugé à part et considéré en lui-même. Une opération s'impose quand les nerfs ou les vaisseaux sont comprimés, si du moins l'atrophie n'est pas encore trop considérable. L'inutilité complète ou presque complète du membre ainsi que la douleur justifient une opération. De même une fracture, surtout quand les tubérosités sont arrachées, car alors la mobilité laisse toujours beaucoup à désirer, même après un traitement persévérant par les mouvements passifs.

Lorsque le chirurgien ne réussit pas à réduire la luxation, et que l'opération est justifiable, il faut opérer de suite, car on augmente beaucoup ainsi les chances de succès.

Knapp affirme, dans les *Bruns Beiträge*, que la réduction de la tête humérale par opération donne de moins bons résultats que la résection et qu'elle est aussi plus dangereuse. Sur douze cas il y a eu deux morts et quatre fois seulement on a noté une amélioration satisfaisante.

Smital déconseille la réduction opératoire lorsque la luxation est ancienne. Il existe cependant de brillantes exceptions, les cas de M. Cheyne et de M. Gould par exemple (*Med. Soc. trans.* Vol. XV, 1892).

Les cas de sir Joseph Lister sont bien connus : dans chacun d'eux, la luxation était double et le malade ne pouvait se servir de ses bras.

Schede a obtenu un beau succès chez un marin atteint de luxation sous-claviculaire datant de neuf semaines.

Ces résultats sont de nature à nous encourager à pratiquer une opération de ce genre quand la réduction ne peut être faite autrement et que la douleur, la paralysie ou l'œdème nous forcent à abandonner l'espoir d'obtenir une fausse articulation.

Quant à la résection de la tête humérale, nous connaissons trop peu les résultats définitifs pour nous prononcer sur les avantages qu'elle présente; elle est probablement moins dangereuse que le replacement de l'os dans sa cavité; elle est plus facile, entraîne moins de débridement des tissus voisins, et comme il suffit d'enlever la surface articulaire, on peut respecter les muscles capsulaires et améliorer ainsi les chances de mobilité. Toutes ces considérations ont été vérifiées par le résultat brillant que M. Ollier a obtenu en enlevant la tête déplacée de l'humérus, comme il nous l'a dit en 1886. Kocher, Shield, Warren, Volkmann, et d'autres ont rapporté des succès plus ou moins complets, au moyen de la résection de la tête humérale.

Même avec toutes les précautions il est impossible d'éviter à coup sûr une réaction dans la plaie, et si elle suppure la nécrose peut se produire; alors la guérison demande un temps si long que les muscles s'atrophient davantage et que le résultat fonctionnel est mauvais. La suppuration paraît surtout fréquente après le replacement par arthrotomie.

Les deux cas que j'ai cités peuvent servir d'exemple d'une méthode de traitement des luxations compliquées de fracture du col anatomique, et ils montrent qu'on obtient ainsi un assez bon résultat. L'excision immédiate sera probablement plus facilement acceptée que le replacement par l'arthrotomie, qui est toujours difficile et quelquefois impossible. Quant à la fixation de la tête au moyen d'une cheville, Woelfler l'a employée avec succès dans un cas de luxation avec fracture au-dessous de l'épiphyse; il s'attendait à être obligé de réséquer la tête, mais il parvint à la replacer dans la cavité glénoïde après avoir fendu la capsule.

Quand on abandonne à elle-même la tête humérale déplacée, elle se soude à la diaphyse et gêne considérablement les mouvements. Dans les cas récents, le mieux est d'enlever de suite la tête déplacée et d'aplanir le bout de la diaphyse.

Ces réflexions m'ont été suggérées par le cas décrit ci-dessus, qui, me semble-t-il, justifie mes conclusions et confirme l'opinion des auteurs qui ont traité ce sujet avant moi.

Nouveau procédé opératoire. pour réduire les luxations anciennes de l'humérus,

Par M. le Dr C.-D. SEVEREANO, Professeur à la Faculté de médecine de Bucharest (Roumanie).

Il y a longtemps déjà que les chirurgiens ont eu recours à des moyens différents pour remettre en place la tête humérale sortie de la cavité glénoïde. Depuis Hippocrate, nous trouvons dans l'histoire de la médecine, que la réduction des luxations a été la préoccupation des médecins arabes et chinois. On recommandait surtout les moyens les plus violents. Le perfectionnement des moufles a été un des bienfaits de la mécanique, appliquée à la chirurgie. La découverte de l'éther et du chloroforme a apporté une grande révolution dans le traitement des luxations.

L'habileté de quelques chirurgiens a fait, après une longue pratique, que le nombre des luxations appelées non réductibles se réduit beaucoup.

Le professeur Kocher prétend que par sa méthode il réduit toutes les luxations, même les plus anciennes, et entre autres il cite des cas de réduction après plusieurs mois et même après un ou deux ans. Nous ne mettons pas en doute les cas cités de M. Kocher et de ceux qui font comme lui; nous nous sommes souvent félicité des résultats satisfaisants obtenus en agissant conformément au mécanisme recommandé par le professeur de Berne. Malgré cela, il y a des cas dans lesquels ni les moyens de douceur, ni les procédés de Kocher, ni les moufles, ni le chloroforme, employés séparément ou combinés, ne nous ont point aidé à remettre en place la tête humérale.

Des chirurgiens plus expérimentés que nous ont été obligés d'avoir recours aux opérations sanglantes et ont préféré même la mutilation d'une partie du membre, pour épargner les souffrances aux malades, et leur donner la possibilité de pouvoir se servir, au moins en partie, des fonctions du bras. La plupart ont préféré la résection de l'extrémité supérieure du bras. Nous avons fait aussi cette opération, et les résultats obtenus ne nous ont point assez encouragé.

La résection laisse après elle une difformité : le raccourcissement du membre et sa faiblesse, même si le membre regagnait quelques-uns de ses mouvements.

En voyant les difficultés de la résection, nous avons cru qu'il serait plus avantageux si nous essayons la remise en place de la tête humérale, par la voie de l'opération. Il ne nous reste plus que le choix du procédé opératoire.

Il nous a semblé que le procédé connu pour la résection de la tête ne nous permettait pas assez d'atteindre jusqu'à la tête humérale et d'observer tout ce qui s'y passe dans l'articulation et dans les parties périphériques. Outre cela, la cicatrice faite par l'incision verticale est très difforme. Nous ne parlons plus de la lésion de la veine céphalique, ne présentant aucune gravité. J'ai donc cherché d'ouvrir une autre voie, plus large, plus facile pour les manœuvres opératoires, qui laisse après elle une cicatrice moins apparente et qui peut donner une solidité plus grande à l'articulation. Par conséquent j'ai préféré une incision transversale sur l'acromion, longue de huit à dix centimètres, et une ou deux verticales, si cela est nécessaire.

Nous avons évité de faire une incision transversale au muscle deltoïde, car nous savons, si parfaite que soit la suture des fibres musculaires, qu'il surviendrait des difficultés dans leurs contractions, à cause de la cicatrice, et nous avons préféré de scier l'os au delà des insertions du muscle, étant sûr qu'une fois le cal osseux obtenu le point d'insertion serait tout aussi solide qu'auparavant.

L'incision ou les incisions verticales se font : une à l'extrémité antérieure et l'autre à l'extrémité postérieure de l'incision transversale. Je pense que l'incision postérieure ne peut être nécessaire que dans des cas fort rares, quand le chirurgien croira que par l'incision, il n'aura pas assez de place pour manœuvrer. Dans notre cas, deux incisions seulement ont suffi pour pouvoir examiner et remettre en place la tête humérale, qui avait perdu depuis quatre mois sa position normale.

Dans les observations citées par l'éminent chirurgien d'outre-Manche, très intéressantes par elles-mêmes, notre savant confrère William Mac Cormac est intervenu pour des luxations compliquées de fracture tant de l'hémisphère huméral que des apophyses périphériques. En outre les cas cités par les éminents chirurgiens, les frères Polosson, sont pareillement instructifs, seulement le procédé opératoire que nos confrères ont exécuté, est celui que beaucoup d'autres chirurgiens ont préconisé pour la résection de la tête humérale. Le procédé que nous recommandons diffère beaucoup du précédent et nous croyons qu'il présente de sérieux avantages sur le procédé classique.

Par la description que je ferai plus bas, je pense que tout le monde se convaincra que ce procédé est facile à exécuter et nous ouvre même un chemin plus large pour agir sans gêne et ne nous expose pas à léser des organes importants.

La cicatrice qui reste est très peu apparente, et la solidité de l'articulation se gagne en peu de temps. Dans l'exécution de ce

procédé je recommande, outre les instruments habituels, une *cuillère* solide qui s'adapte à l'hémisphère de la tête humérale et avec laquelle on peut saisir cette extrémité pour la rapprocher de la cavité. Dans notre cas, nous avons employé, ayant manqué d'un instrument spécial, un ciseau qui nous a servi de levier, prenant un point d'appui sur le rebord de la cavité glénoïde, chose qui peut nuire, parce que l'instrument, par la pression violente qu'il exerce, produit l'écrasement des parties et par conséquent la mortification des tissus; tandis que, avec la cuillère que je recommande, on peut éviter ces inconvénients.

Observation. — Le 7 décembre 1892, est entré dans notre service le nommé *Anghel Jonescu*, âgé de trente-huit ans, pour une luxation datant de 103 jours. Il s'était fait cette luxation en voulant descendre de son cheval. Comme les moyens doux de réduction sous le chloroforme et même les tentatives faites avec les moufles sont restés nuls, malgré la traction énorme de 269 kilogrammes, voulant détruire les adhérences et remettre les surfaces articulaires en rapport, nous essayâmes d'abord sur le cadavre ce procédé qui fut mis en pratique sur le vivant pour la première fois le 23 décembre 1892. Par ce procédé nous nous proposions de créer une voie aussi large que possible pour ne pas être gêné, ménageant à la fois les insertions du deltoïde et la veine céphalique. Une première incision antéro-postérieure, longue de 10 centimètres, porte sur le sommet de l'épaule à 2 centimètres du bord de l'acromion et sur sa face supérieure, débordant l'apophyse en avant et en arrière; puis nous avons sectionné l'os avec une scie.

A l'extrémité antérieure de cette incision, nous en avons fait une seconde, parallèle à l'axe du bras, côtoyant la veine céphalique, longue de 8 centimètres, d'où résulta un lambeau triangulaire à base postérieure et inférieure. Le bord supérieur du lambeau comprenait dans son épaisseur la portion de l'apophyse détachée, de sorte que les fibres acromiales du deltoïde ont été déjetées mais non coupées.

Le reste du muscle, décollé facilement des parties profondes, fut rejeté en bas. De cette manière la voie créée était large et la veine céphalique indemne, l'articulation devenue largement accessible en avant et en arrière. La capsule ouverte dans toute son étendue, nous avons pu constater avec le doigt que la cavité glénoïde était libre et la capsule complète, la tête humérale maintenue dans la position vicieuse par de fortes et nombreuses adhérences.

Pour détruire les brides fibreuses nouvellement formées, nous avons eu recours à la rugine, le doigt étant insuffisant. Malgré ceci, de nouvelles tractions sur le membre, poussées jusqu'à 140 kilogrammes, restèrent sans succès. Ne voulant pas avoir recours à la résection de la tête humérale, comme il nous était arrivé de la faire ainsi qu'à MM. Ollier, Schild, W. Adams, Vrüster, etc., nous imaginâmes de nous servir de la rugine comme d'un levier. Pour cela nous introduisîmes la rugine par en haut, derrière la tête de l'humérus, et fîmes des mouvements de

dislocation pendant que l'assistant poussait en haut la tête humérale à travers l'aisselle.

Grâce à la combinaison de ces mouvements, la tête humérale put, non sans difficulté, être mise en rapport avec la cavité glénoïde.

La réduction terminée, on pratiqua, après désinfection préalable, la suture osseuse avec trois fils d'argent, puis on sutura au catgut la capsule, les fibres musculaires et la peau. La plaie guérit par première intention, sauf au niveau du passage des trois fils d'argent, où elle bourgeonna en donnant quelques gouttes de pus jusqu'à leur enlèvement. Vingt-deux jours après l'opération, nous pratiquâmes des mouvements forcés à l'articulation; et le malade fit peu à peu tout seul de légers mouvements d'élévation, d'adduction et d'abduction.

L'hémostase a été faite avec un tube en caoutchouc passé en sautoir sous l'aisselle et le sommet de l'épaule, et les deux bouts maintenus tendus par un aide, qui était placé de l'autre côté du malade.

La simple incision verticale antérieure que préconise le professeur Ollier, comme premier temps de la résection, aurait été insuffisante et n'aurait pu donner assez d'espace.

En plus, le muscle deltoïde, tiraillé et contus dans les différentes manœuvres opératoires, aurait pu se paralyser, ce qui serait survenu sûrement si au cours de l'opération on s'était vu forcé de sectionner ou de décoller les insertions musculaires. La manière dont nous avons pratiqué l'hémostase me paraît meilleure que la simple compression de l'artère par un aide.

Signalons encore comme digne d'être remarquée la résistance que nous avons éprouvée pour replacer les surfaces en rapport, et que la simple manœuvre de bascule a suffi pour éviter la résection de la tête.

Pour résumer, je dirai : l'opération que nous venons de décrire est destinée à être utilisée non seulement dans les luxations anciennes de la tête humérale, mais aussi quand nous devons intervenir sur l'articulation, soit pour réséquer la tête humérale, soit dans les fractures avec renversement de l'hémisphère huméral, pour suturer les fragments, soit pour l'extraction des corps étrangers articulaires, etc.

Les différents temps de ce procédé sont :

I. Incision antéro-postérieure ou transversale sur l'épaule, longue selon la nécessité, intéressant les parties jusqu'à l'os ;

II. La section à la scie du bord de l'acromion;

III. L'incision, ou les incisions selon la nécessité le long du muscle deltoïde;

IV. Rabattement du lambeau;

V. Ouverture de la capsule articulaire, destruction des adhé-

rences, replacement des os, et enfin sutures des os et des téguments.

Traitement des luxations anciennes non réduites de l'épaule,

Par le Dr M. Pollosson, Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Je citerai cinq cas de réduction de luxation ancienne de l'épaule par opération sanglante.

1er cas. — Homme de cinquante-cinq ans. Luxation de l'épaule droite, sous-coracoïdienne, datant de six mois, sans tentative antérieure de réduction.

Incision interdeltoïdo-pectorale, incision de la capsule suivant la même ligne. Le doigt fait le tour de la tête. On réduit sans peine par traction et refoulement.

Résultat fonctionnel presque parfait.

2e cas. — Homme de cinquante-deux ans. Luxation sous-coracoïdienne gauche, datant de six semaines.

Anesthésie. — On tente la réduction sans succès. Avant d'avoir produit un traumatisme grave, on se décide à l'opération sanglante.

Même opération que ci-dessus; toutefois la réduction est plus laborieuse.

L'appareil est enlevé au bout de vingt et un jours. Réduction persiste. Pas d'ankylose.

Mouvements à développer.

3e cas. — Homme jeune. Réduction sanglante opérée par le Dr Auguste Pollosson.

Même opération que les précédentes. Bon résultat.

4e cas. — Femme de soixante ans. Luxation de l'épaule gauche datant de plus de trois mois.

On fait la réduction par opération sanglante sans tentative préalable de tractions. L'incision interdeltoïdo-pectorale ne suffit pas. On y joint une incision transversale sous-acromiale intéressant le tiers antérieur du deltoïde.

N. B. — Depuis notre communication, cette malade a dû subir la résection de la tête humérale, à cause de la suppuration du foyer traumatique.

5e cas. — Homme de soixante-quatre ans. Luxation sous-coracoïdienne gauche.

Une tentative de réduction faite au bout de trois semaines avait amené un vaste épanchement sanguin; l'opération sanglante est pratiquée au bout de deux mois. Il fallut ajouter à l'incision interdeltoïdo-pectorale

l'incision transversale des fibres deltoïdiennes antérieures. Grave hémorragie veineuse pendant l'opération (peut-être blessure de la veine axillaire). La réduction est très laborieuse.

N. B. — Depuis notre communication, le malade a succombé, en notre absence, à des phénomènes septicémiques graves.

Appréciation. — Sur ces cinq cas, trois seulement peuvent servir à apprécier les résultats. Ils ont été bons. Les deux derniers cas sont trop récents.

De ces trois cas, nous pouvons conclure que la méthode de réduction par opération sanglante doit être préférée aux grandes tentatives de force qui donnent des morts sous anesthésie, des arrachements du membre, et, si elles réussissent ordinairement, de mauvais résultats fonctionnels ultérieurs.

Relativement aux indications respectives de la réduction sanglante et de la résection, nous estimons qu'on pourra tenter la première et recourir à la seconde, si la réduction est impossible ou présente de grandes difficultés.

N. B. — Les résultats obtenus dans nos deux dernières observations, que nous n'avons pu donner au Congrès de chirurgie, montrent que notre conclusion relative aux indications de la résection est exacte et mérite même d'être étendue. Notons toutefois que nos deux derniers opérés étaient des gens âgés et d'un état général peu satisfaisant.

Remarques sur 14 gastro-entérostomies, 2 pyloro-plasties, sur 1 gastrectomie pour ulcère et 5 gastrectomies pour cancer.

Par le Dr Roux, Chirurgien de l'Hôpital cantonal, Professeur à l'Université de Lausanne.

Ce n'est ni un nombre considérable d'interventions sur l'estomac cancéreux ni une proportion remarquable de succès qui m'engagent à aborder le sujet de la chirurgie gastro-intestinale : le seul désir de faire profiter autrui de mes expériences malheureuses sera, je le crois, une excuse suffisante.

J'ai commencé mes opérations dans ce domaine il y a déjà plusieurs années, et j'ai eu l'occasion de commettre les fautes du moment, fautes que les auteurs de certains travaux récents me paraissent taxer trop légèrement ou redouter trop peu.

En parcourant mes observations, dont je ne vous ferai pas subir la lecture, j'aurai l'occasion de suivre les étapes diverses de la technique et de recommander à votre attention certaines précau-

tions opératoires justement en discussion aujourd'hui en France.

Et d'abord, puisque la gastro-entérostomie a été ma première intervention, je dois dire que je suis loin de partager l'enthousiasme de certains chirurgiens pour cette opération, qui est un *pis aller* et ne s'adresse qu'à des cas désespérés, dans lesquels une survie de quelques mois est tout ce que nous pouvons désirer, au prix d'une mortalité d'environ 50 pour 100, entre les mains des plus habiles. Il en est des résultats de la gastro-entérostomie comme de ceux de la trachéotomie : deux ou trois succès au début vous font chanter victoire. Vous croyez avoir certaine chance particulière, vous devancez toutes les statistiques : une série d'insuccès vous ramène bientôt au niveau commun, 50 pour 100!

Cette opération se fait dans des conditions toujours désastreuses : c'est quand les malades butent contre leur tumeur pylorique en ajustant leurs jupes ou en tirant leur montre qu'ils se décident à recourir au chirurgien et souvent l'opération palliative elle-même est impossible.

J'ai fait par exemple 15 fois la laparotomie exploratrice sans rencontrer une indication formelle d'aller plus loin : tantôt une infiltration inextricable aurait transformé la gastro-entérostomie en assassinat; tantôt la tumeur, inopérable du reste, n'envahissait pas le pylore; d'autres fois c'était une carcinose miliaire qui enlevait à l'intervention tout prétexte; une fois enfin je dus me borner à arrêter une hémorragie épiploïque formidable, suite d'un coup de pied dans un ventre rempli de masses cancéreuses d'origine pylorique. Et chez plusieurs de ces malades, seul médecin jamais consulté, j'avais découvert la tumeur à la première visite! Aucun de ces malheureux n'a succombé à l'exploration; et je crois même qu'en prenant la moyenne de leur survie, on la trouverait peut-être aussi longue que celle des 14 patients chez lesquels j'ai pu mener à bien l'opération palliative. Je n'ai pas osé faire ce calcul, crainte de perdre l'illusion d'avoir été utile « quand même », en donnant pour quelques mois à ceux qui ont survécu à l'opération cette autre illusion de se croire guéris!

Sur mes 14 gastro-entérostomies, il y a 7 morts post-opératoires et 7 guérisons, si on ose employer ce mot; voici mes expériences malheureuses :

Sur la recommandation de Lücke, par l'organe de Rockwitz, je choisis au début, pour aller soi-disant plus vite, une anse quelconque dans le petit bassin et la fixai à la face antérieure de l'estomac; j'utilisai l'expérience du grain de sel de Nothnagel, pour reconnaître le sens de la péristaltique.

Résultat : l'anse saisie se trouvait anastomosée à 40 centimètres de la valvule iléo-cæcale et cousue encore à contresens!

Le même accident est arrivé à Lauenstein, qui a vu en outre, comme nous, à plusieurs reprises, l'expérience du grain de sel rester sans réponse ou induire à faux.

Conclusion : abandonnez Rockwitz-Lücke qui ont eu décidément trop de chance!

Cherchant l'anastomose dans la première portion de jéjunum, accolé à la face *antérieure* de l'estomac, nous avons vu deux fois le reflux des aliments dans le duodénum; une fois même avec une dilatation telle que cette portion de l'intestin, par ses dimensions, ressemblait à un deuxième estomac. Cet accident, qui enlevait un de nos malades après trois semaines, a été observé assez fréquemment : il est très dangereux. Quoique peu redouté par M. Reclus, il pourrait bien avoir tué le malade de M. Jeannel et beaucoup d'autres opérés.

Conclusion : Ne faites plus la simple greffe latérale.

Les malades sont opérés dans un état de faiblesse extrême; il faut qu'ils puissent rapidement prendre et utiliser quelque nourriture : ne forcez donc pas les aliments à quitter l'estomac par en haut en abouchant l'intestin à la face antérieure. Abandonnez la gastro-entérostomie antérieure, qui a étranglé le côlon chez un de mes malades, abandonnez même sa modification rétrocolique, pour cultiver l'ouverture postérieure, qui seule accueille les aliments dans le décubitus dorsal forcé des premiers jours et se comporte plus tard tout aussi bien dans la station debout.

Je suis conduit à cette conclusion par des chiffres : sur 6 gastro-entérostomies antérieures j'ai 5 morts et une guérison; sur 8 incisions postérieures, 2 morts et 6 guérisons.

J'ai toujours fait sur l'estomac l'incision perpendiculaire aux vaisseaux : l'hémostase n'exige pas une ligature en moyenne par malade; une ou deux pinces à forcipressure, en attendant le passage de l'aiguille à coudre, suffisent amplement. Par contre je n'ai jamais eu à mettre la mort d'un malade sur le compte d'une bouche stomacale à demi close : dans tous les cas, sans exception, elle était largement maintenue perméable, par la contraction des fibres musculaires.

La gastro-duodénostomie de M. Jaboulay[1] me paraît réservée à un petit nombre de cas, dans lesquels la tumeur minuscule permettrait de plier pour ainsi dire toute la masse pylorique et la première portion du duodénum.

Sa duodéno-jéjunostomie me semble exiger aussi des aliments une certaine éducation pour retrouver leur chemin dans le dédale, sans poteau indicateur.

1. *Arch. provinc. de Chirurgie.*

L'implantation du jéjunum dans l'estomac et la jéjuno-jéjunostomie par implantation latérale est beaucoup moins difficile qu'on le dit et surtout moins longue : la seule fois que j'ai regardé la pendule, l'opération m'a pris cinquante minutes[1], suture étagée de la paroi abdominale comprise. En outre, l'implantation latérale permet d'engager l'intestin sectionné transversalement dans une bouche longitudinale, et on peut ainsi par quelques points en surplus masquer les défectuosités de la suture et les rendre inoffensives.

Une durée de cinquante minutes, c'est beaucoup pour des malades aussi débilités que les candidats à la gastro-entérostomie; mais je ne saurais, pour la diminuer de moitié, me rallier au procédé des plaques et boutons de Senn et consorts, car j'estime qu'il faut une suture hermétique, solide, idéale, et non point un accolement moral, qu'on dit même dépendre du plus ou moins de soin mis à frotter ou gratter la séreuse.

Du reste la pratique de la gastro-entérostomie postérieure, que des précautions élémentaires rendent possible sans lésion des vaisseaux du côlon transverse, exige nécessairement qu'on relève le côlon ; et on arrive ainsi tout naturellement à reconnaître et saisir le jéjunum, dont la prise n'exige pas 30 secondes pour la manœuvre entière. C'est une sécurité de plus et une économie de temps en faveur de la bouche stomacale postérieure.

Mais l'élément capital de la réussite finale, pour n'avoir pas à enregistrer des autopsies de morts guéris, décédés par inanition, c'est la possibilité d'une alimentation rapide.

Pour cela il faut que les aliments trouvent béante et bien placée l'ouverture intestinale, qu'ils cheminent dans l'intestin sans hésiter entre plusieurs voies et sans crainte de refoulement, qu'ils reçoivent enfin la bile sans avoir fait sauter les sutures. Voilà pourquoi je préfère la gastro-entérostomie postérieure par implantation, l'implantation jéjuno-jéjunale, la suture continue à 3 plans et les bouches longitudinales.

Dès que mes opérés sont réveillés, sans négliger les stimulants ordinaires, les lavements nutritifs et même l'injection sous-cutanée d'eau salée (ou intra-veineuse), je leur fais prendre quelque nourriture et leur permets bientôt d'ingérer tout ce qui les tente particulièrement.

L'estomac du malade couché sur le dos se présente comme un entonnoir qui ne demande qu'à fonctionner, tandis que la bile rejoindra les aliments à 10 ou 12 centimètres plus bas, par une ouverture dont le calibre est mesuré à volonté et qui, grâce

1. Pendant l'impression de ces lignes, j'ai fait la même opération en 40 minutes.

à la proéminence de l'intestin implanté, ne sollicite nullement le reflux vers le duodénum, mais agit au contraire comme une large ampoule de Vater.

Champagne, bouillon, thé, eau, glace, autant qu'il en veut : voilà le régime de mon malade pour les premières heures. Dès le lendemain, le fameux café au lait de Mathias Mayor reprend ses droits, avec solides à discrétion.

Si le malade vomit, ce qui est très rare, on lui lave l'estomac sans scrupule et il reprend son alimentation le plus souvent sans nouvel accroc.

Une bonne suture continue à trois plans, comme je la pratique, en ayant bien soin de ne pas employer le thermo-cautère qui empêche l'accolement primitif, supporte cette manœuvre du lavage, comme la présence des aliments, aussi bien que le suc gastrique et le mucus; et je ne redoute pas non plus de nourrir de bonne heure les réséqués du pylore.

Nous allons voir qu'une opérée dont je vais vous présenter le carcinome extirpé en était arrivée au septième jour à la ration bifteck et pommes de terre.

Observation I. — *Gastro-entérostomie antérieure. Mort.*

Mme J. Marie-Antoinette, âgée de cinquante-huit ans, a vu débuter ses malaises en novembre 1887. Elle vomit actuellement tout, sauf quelques liquides. Prétend n'avoir pas eu de selle depuis un mois. Très émaciée. Tumeur pylorique palpable. Opération, 21 juin 1888. Procédé (Roux) Iessett. Mort après deux jours. Suture excellente, mais située à 40 centimètres de la valvule de Bauhin. Sens contraire à l'expérience de Nothnagel. Duodénum rempli. Aucun accident infectieux.

Obs. II. — *Gastro-entérostomie antérieure. Guérison.*

Mme D. Rosalie, cinquante-trois ans. Début des accidents il y a deux ans. Très émaciée. Vomit tout, se nourrit par des lavements, depuis longtemps. Opération, le 1er septembre 1888. Première anse venue (avec contrôle relatif cependant); suture (Roux) Iessett. Carcinose miliaire du péritoine! Guérison. Survie, 2 mois 9 jours.

Obs. III. — *Gastro-entérostomie antérieure. Mort.*

M. Y. Abram-David, quarante-six ans. Maux d'estomac depuis six ans, surtout depuis trois mois; vomit les solides. Très maigre et faible; entretenu par des lavements nutritifs. Opération, 23 juillet 1889. Anse quelconque, même suture. Epreuve du grain de sel, sans résultat. Mort après deux jours. Suture idéale, à 12 centimètres de l'origine du jéjunum. Pas trace d'irritation péritonéale.

Obs. IV. — *Gastro-entérostomie antérieure. Mort.*

M. B. Judas, quarante-deux ans. Souffre horriblement depuis deux ans. Présence d'HCl libre; pas de tumeur palpable. Phénomènes de sténose pylorique; foie agrandi, cache la région. Opération, 21 octobre 1889.

Tumeur adhérente, infiltrée, au pylore (carcinome ou ulcère?). On ne fait plus l'expérience de Nothnagel et cherche la première anse du jéjunum. *Suture continue*. Mort après 3 semaines, avec symptômes d'iléus subaigu. Autopsie : tout serait parfait, mais le duodénum dilaté comme un estomac écrase l'anse descendante, etc.

Obs. V. — *Gastro-entérostomie postérieure latérale. Guérison.*

Mme B. Marie, quarante ans, malade depuis l'âge de vingt-quatre ans. Douleurs atroces (à l'estomac) dans chaque grossesse. Tumeur datant de 4 mois. Rejette les solides. Gros néoplasme dans la région de la vésicule biliaire. Opération, 12 juillet 1890. Suture continue. Anse jéjunale. Guérie.

Obs. VI. — *Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.*

M. Th. François, cinquante-quatre ans. Souffre depuis 6 mois. Tumeur. Pas d'HCl. Opération, 11 février 1891. Petite tumeur haut située, avec beaucoup de glandes, adhérente. Par l'incision stomacale on passe juste un porte-plume dans le pylore. Suture continue. Guéri. Survie, 3 mois et demi.

Obs. VII. — *Résection partielle. Gastro-entérostomie postérieure. Mort.*

Mme M. Louise, quarante ans. Malade depuis neuf mois, où elle découvre la tumeur. Pas très maigre. Vomit les solides. Opération, 11 août 1891. Tentative de résection, qui est impossible. On suture les deux bouts duodénal et pylorique, puis fait l'abouchement palliatif. Morte le 17 août. Réaction absolument nulle à la suture gastro-intestinale. Nécrose, ramollissement de la masse cancéreuse.

Obs. VIII. — *Gastro-entérostomie antérieure. Mort.*

M. D. François-Ferdinand, âgé de soixante-trois ans. Début il y a deux mois. Vomit tout tel quel. Enorme ectasie. Noyaux durs et tumeur comme une pomme. Très faible. *Opération à la cocaïne*, 22 septembre 1891 ; le manque de narcose force à choisir la face antérieure de l'estomac. Mort le lendemain. Rien à l'autopsie.

Obs. IX. — *Gastro-entérostomie postérieure par implantation. Guérison.*

M. M. Félix, cinquante-six ans. Malade depuis onze mois; débute par un vomissement. Amélioration il y a trois mois. Tumeur depuis huit jours. Traces d'HCl libre. Opération le 22 janvier 1892. Pour la première fois, implantation postérieure du jéjunum dans l'estomac, puis jéjuno-jéjunostomie. Guérison. Le malade a encore des malaises, mais sent que la nourriture « passe ».

Obs. X. — *Gastro-entérostomie antérieure par implantation. Mort.*

M. G. X., quarante-huit ans, souffre depuis plusieurs années. Tumeur. Vomit absolument tout depuis nombre de jours. Nourri par lavements. Opéré *in extremis* le 23 janvier 1892. Carcinose miliaire; tumeur diffuse, vaste infiltration des parois du viscère : estomac de carton. Implantation antérieure. Mort le 27 janvier. Pas d'autopsie.

Obs. XI. — *Gastro-entérostomie postérieure par implantation. Guérison.*

M. D. Louis, cinquante-sept ans. Début des troubles gastriques par une

indigestion, il y a trois mois; douleurs; vomissements de tout aliment lourd. Très maigre. Pas de tumeur palpable. Opération le 15 mars 1892. Tumeur haut située, adhérente. Suture continue. Guéri.

Obs. XII. — *Gastro-entérostomie postérieure par implantation. Guérison.*

Mme B. Lucie, quarante-huit ans. Malade depuis trois mois. Tumeur diffuse. Pas très maigre. Opération le 17 juin 1892. Exeat le 21 juillet; digère bien, mais souffre encore. Survie, sept mois vingt-quatre jours.

Obs. XIII. — *Gastro-entérostomie postérieure par implantation. Mort.*

M. Kl. Pierre, cinquante-trois ans; malade dès le 1er janvier 1892. Jamais de vomissements; douleurs intenses; cachexie avancée. Anémie extraordinaire. Pas trace d'HCl. Opération le 27 juin 1892. Continue à s'affaiblir et meurt après treize jours, malgré la nourriture. A l'autopsie, absolument rien!

Obs. XIV. — *Gastro-entérostomie postérieure par implantation. Guérison.*

Mme Pav. Louise, cinquante-sept ans. Début il y a six mois. Vomit légèrement 3 à 4 fois par jour. Traces d'HCl. Tumeur assez grosse, facile à palper. Malade très maigre. Gros goitre kystique. Opération le 7 février 1893. A gagné seulement 2 kilog. 1/2 jusqu'à l'exeat, 25 mars. Plus de vomissements.

Dans l'observation IV, Judas B., il s'agissait d'un ulcère du pylore, avec rétrécissement maximum, envahissement du voisinage et formation d'une vaste tumeur infiltrée, adhérente. Chez tous les autres, le diagnostic de cancer est assuré, soit par l'autopsie, soit (Obs. X) par la carcinose péritonéale, soit par le fait que l'opération est demeurée palliative. Nous saurons prochainement la date de l'exitus de tous nos opérés.

Jamais la suture n'a présenté à l'autopsie le moindre accroc.

Si nous comparons nos résultats entre eux, nous trouvons :

Sur 6 gastro-entérostomies antérieures : 5 morts, 1 guérison;

Sur 8 gastro-entérostomies postérieures : 2 morts, 6 guérisons;

Sur 8 opérations par accolement latéral : 5 morts, 3 guérisons;

Sur 6 implantations : 2 morts, 4 guérisons.

Enfin si nous calculons les seuls résultats de l'implantation postérieure, nous avons quatre succès et un échec : c'est pour moi l'opération de choix.

J'ai fait avec succès une fois l'opération de Loreta; deux fois au contraire j'ai combattu le rétrécissement du pylore par l'incision longitudinale avec suture transversale : les deux malades sont guéris aussi.

La première, dont l'observation est publiée, subit cette opération en même temps que l'ablation d'un rein; la seconde était si maigre qu'elle passe encore, à l'heure actuelle, pour avoir été délivrée d'un cancer.

J'ai eu l'occasion de pratiquer aussi la suture à trois plans sur l'estomac d'un homme, gros brasseur allemand, qui évaluait à un litre et demi sa première et à deux litres sa seconde hémorragie stomacale : le fait est qu'il était exsangue. Nous trouvâmes à la petite courbure, non loin du pylore, un ulcère rond circonscrit, qui avait rongé l'artère coronaire.

La ligature double de l'artère, l'excision de la région ulcérée, la suture fut couronnée de succès.

Abordant l'opération radicale du cancer de l'estomac, j'ai à relater cinq faits, avec trois succès.

Les deux échecs portent sur les deux cas en apparence les plus favorables, mais dans lesquels, après excision de la tumeur, il me fut impossible de rapprocher le duodénum de la section stomacale.

J'eus la malheureuse idée de fermer l'ouverture duodénale et d'aboucher l'estomac sur le jéjunum, à la façon d'une gastro-entérostomie latérale simple. En pareil cas, je n'hésiterais plus à fermer les deux ouvertures pour compléter l'opération par la gastro-entérostomie postérieure par implantation.

Les trois succès, par contre, furent tellement inespérés que je me permets de vous les signaler :

Dans le premier cas, la préparation d'une énorme tumeur de la petite courbure en apparence circonscrite, me fit voir qu'il s'agissait en outre de trois ganglions cancéreux gros comme des œufs de poule, accolés à la tumeur du pylore et ramollis en une sanie puante, par suite de la perforation du tube gastro-intestinal. Je fus conduit à extirper un peu à l'aventure la paroi postérieure de l'espèce de sac cancéreux qui pénétrait en plein la masse du pancréas, dont on voyait à chaque coup de ciseaux suinter la sécrétion et couler le sang en abondance.

Désespéré, je fus sur le point d'abandonner la malade en lui laissant dans le ventre mes instruments et mes éponges ! Par respect pour la profession et par humanité, après avoir promené le fer rouge sur le pancréas, je fis rapidement l'affrontement et la suture gastro-duodénale, suturai en partie les parois abdominales, pour aller annoncer au mari de notre malheureuse patiente qu'elle serait morte avant le soir.

La tumeur envahissait une bonne partie de la petite courbure et descendait s'accoler au côlon transverse, dont la séparation fut sanglante et laborieuse.

Pendant plusieurs jours j'attendais en vain l'autopsie, tandis que au bout de cinq semaines notre opérée quittait l'hôpital, se croyant guérie.

La seconde patiente, dont j'ai apporté la tumeur, souffrait, heu-

reusement pour la technique opératoire, d'une ptose gastrique très accentuée, en même temps que d'une vaste ulcération cancéreuse en sous-tasse, dont les bords infiltrés, indurés comme vous pouvez le voir, simulaient avant l'opération un bourrelet siégeant entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic. L'insufflation permit de préciser le diagnostic : cancer de la paroi postérieure de l'estomac.

A l'opération on reconnut bientôt que la tumeur, envahissant la grande courbure, adhérente au côlon transverse, ne se laisserait pas extirper en totalité sans provoquer la gangrène du côlon. Il est facile sur la pièce de constater le fait. Je me décidai à réséquer en même temps la partie moyenne de cet intestin (environ 30 centimètres) tandis que la tumeur, qui n'atteignait pas le pylore, se laissait enlever par une tranche perpendiculaire aux courbures et portant sur les deux faces de l'organe.

Grâce à la conservation de la petite partie prépylorique de l'estomac, l'abouchement avec le fundus fut facile. La portion droite du côlon fut implantée sur le côlon descendant, la bouche gauche fermée rapidement.

Assise dans son lit dès le cinquième jour, c'est cette malade qui, le septième jour, mangeait bifteck et pommes de terre.

Elle est actuellement, après onze mois, dans un état florissant.

Voici l'entonnoir pylorique de la troisième. Vous remarquerez l'épaississement considérable de la tunique musculaire, l'infiltration mamelonnée au loin de la muqueuse et cette petite tumeur en polype, gros comme le bout du pouce, qui expliquent à eux trois suffisamment l'imperméabilité absolue du pylore, lequel ne laissa passer aucune goutte d'eau à l'épreuve post-opératoire.

La malade avait perdu 40 kilos depuis le mois d'août 1892, où j'avais conseillé une opération, malgré son embonpoint. Depuis longtemps rien ne passait plus et c'est la soif qui la décida à se laisser opérer : elle était si affreusement émaciée, desséchée et affaiblie, que j'hésitai deux jours à tenter l'intervention. Enfin le 11 février dernier, à quatre heures du soir, la mobilité extrême de la tumeur me fit céder brusquement au désir de la malade dont le courage augmentait avec sa soif et avec mes hésitations. Je fis faire avant l'opération une transfusion salée de 600 gr.; après l'opération, plusieurs injections de 1000 gr. chacune.

L'opération se termina à la lampe. Très affaiblie la première nuit, la malade commença à sentir dès le lendemain qu'elle pouvait apaiser sa soif. Son étonnement égala son plaisir lorsqu'elle reçut la permission de boire à volonté : ce fut une vraie débauche de champagne et petit blanc. D'un jour à l'autre on voyait la malade se transformer; ses joues se remplir et se colorer. La soif satisfaite de tous les tissus de l'économie explique seule

comment notre malade augmenta en douze jours de neuf kilos!

Trois semaines après l'opération notre patiente était assez forte pour être présentée à la Société Vaudoise de médecine et pour s'indigner du peu d'attention prêtée par les assistants à la lecture du procès-verbal.

Indications et résultats éloignés de l'urétrostomie périnéale,

Par le Dr A. Poncet, Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu (Lyon).

Au dernier Congrès de chirurgie, j'ai appelé l'attention sur une nouvelle opération que j'avais pratiquée cinq fois chez d'anciens urinaires et qui me paraissait devoir trouver de temps à autre des indications précises. Mes observations se sont depuis lors multipliées et je désire vous entretenir aujourd'hui des indications et des résultats éloignés de cette intervention chirurgicale.

Laissez-moi tout d'abord vous rappeler que, sous le nom d'urétrostomie périnéale, il faut entendre, comme le nom l'indique, la création, dans la région périnéale, d'un méat contre nature. Par une incision qui est la même que celle d'une urétrotomie externe, pratiquée en arrière des bourses, avec ou sans conducteur, on va à la recherche de l'urètre. Le canal mis à nu est incisé sur une partie de sa longueur et si nous supposons, ce qui est le cas le plus fréquent de l'urétrostomie, un rétrécissement étendu, l'urètre découvert est ensuite incisé transversalement, perpendiculairement à sa direction, immédiatement en arrière du rétrécissement ou quelquefois en plein rétrécissement. Des deux bouts ainsi obtenus, un seul nous intéresse vraiment, c'est le bout postérieur, par lequel la miction doit se faire dorénavant. On le dissèque alors sur une hauteur de 10 à 12 mm., on incise sur une hauteur égale sa paroi inférieure et on suture les bords de cette ouverture urétrale de forme triangulaire avec les lèvres voisines de l'angle inférieur de la plaie périnéale. Quant au bout inférieur, il est abandonné dans la plaie, dont les bords sont également réunis par des sutures.

Par la création de ce nouveau méat qui transforme l'opéré en une sorte d'hypospade périnéal, on sacrifie ainsi, au point de vue fonctionnel, une étendue plus ou moins considérable du canal urétral.

Cette opération est donc toute différente de celles qui, bien connues sous les noms d'urétrotomie interne, externe, d'urétrectomie, d'urétroplastie, ont pour but le rétablissement normal

de la fonction, en conservant à l'urètre sa continuité, sa longueur. Ces dernières méritent à juste titre le nom d'opérations conservatrices, par opposition à l'urétrostomie, dans laquelle les deux tiers antérieurs, au moins, du canal sont sacrifiés.

Elles constituent, on le sait, d'excellentes opérations, dont les indications, les contre-indications sont loin cependant d'être toujours des plus nettes, et il est permis encore d'hésiter sur l'opportunité de l'une ou de l'autre. Quoi qu'il en soit de ces méthodes chirurgicales appliquées à la cure des rétrécissements de l'urètre, un fait n'en reste pas moins établi : c'est que, dans la très grande majorité des cas, l'opéré, pour maintenir le résultat obtenu, pour ne pas être exposé à une récidive stricturale que l'on doit considérer comme fatale, est dans l'obligation de se sonder de temps à autre. Parfois, malgré ces cathétérismes répétés et *a fortiori* sans eux, le rétrécissement se reproduit, des accidents urinaires éclatent et une nouvelle opération devient nécessaire. Des observations de ce genre ne sont pas rares, surtout dans la clientèle hospitalière. Ce sont elles précisément qui m'ont engagé à recourir à l'urétrostomie.

Dans cette note, je n'ai pas un seul instant la pensée d'opposer l'opération que je propose à l'urétrotomie, à l'urétrectomie, etc., mais je crois que, dans certains cas déterminés, on doit donner la préférence à la création méthodique d'un méat périnéal. Les indications ne sont autres que les contre-indications des méthodes de traitement usitées jusqu'à ce jour. Elles relèvent de la gravité de la lésion locale et non moins de l'état général du sujet.

Au premier rang des indications de l'urétrostomie se placent la nature, l'étendue, etc., du rétrécissement, et l'inefficacité, démontrée par des récidives, du traitement chirurgical suivi. C'est ainsi que certains rétrécissements traumatiques consécutifs à des ruptures de l'urètre avec destruction du canal sur une plus ou moins grande longueur, peuvent réclamer l'urétrostomie, surtout lorsque, malgré une première opération sanglante : urétrotomie externe, urétrectomie, le malade s'est de nouveau rétréci et passe à l'état d'urinaire. Il en est de même des rétrécissements blennorragiques anciens déjà opérés une ou plusieurs fois et qui, le plus souvent, par défaut de sondages réguliers, se reproduisent et s'accompagnent d'accidents locaux également récidivants, infiltration, abcès urineux, etc.

Dans le cas de pyélo-néphrite ascendante, lorsque le malade est une sorte de *noli me tangere*, chez lequel il faut particulièrement redouter des manœuvres chirurgicales répétées, telles que cathétérismes fréquents, sonde à demeure, l'urétrostomie est l'opération de choix. Chez de tels sujets, le mieux est l'ennemi du bien,

et en voulant conserver la miction normale, on court le risque de les voir succomber.

On se décidera d'autant plus volontiers à pratiquer cette opération qu'il s'agira de sujets âgés, chez lesquels le côté urinaire ne saurait être mis en parallèle avec le côté génital; je veux dire par là qu'il faut, chez eux, avant tout, rendre facile l'évacuation de la vessie et laisser au second plan le rôle des vésicules séminales. Il est bon, du reste, de prévenir le futur urétrostomisé des conditions nouvelles dans lesquelles va le placer l'opération, c'est la conduite que j'ai constamment suivie. J'ai toujours mis les malades au courant du résultat définitif que je cherchais. Tous, plus ou moins tourmentés depuis des années par leur urètre, ont accepté rapidement l'opération. Suivant l'expression de l'un d'eux, ils avaient acquis la conviction que « le tuyau était toujours assez long, pourvu qu'il fût en bon état, et que c'était un médiocre plaisir de se voir uriner par le bout de la verge, quand il fallait se donner tant de peine et tant souffrir ».

Les deux grandes indications de l'urétrostomie relèvent donc de l'incurabilité de certains rétrécissements qui ont résisté à une ou plusieurs urétrotomies et du mauvais état des voies urinaires supérieures, Elle trouve dans l'âge plus ou moins avancé du malade, je ne dirai pas une indication, mais l'absence de contre-indications.

Mes urétrostomisés depuis deux ans (j'ai pratiqué ma première urétrostomie au mois de juin 1891), pour vieux rétrécissements récidivants, qui sont au nombre de dix, avaient la plupart dépassé la cinquantaine; et parmi eux s'en trouvent quatre âgés de soixante-cinq à soixante-quinze ans. Je tiens à faire remarquer que le grand nombre de ces opérations ont été faites à l'hôpital, c'est-à-dire dans un milieu où leurs indications doivent se présenter plus volontiers, par suite du défaut de traitement consécutif prolongé, suivi par les rétrécis. Il s'agit souvent, en effet, de pauvres diables qui sortent de l'hôpital, après une urétrostomie, dans d'excellentes conditions. Pendant les premières semaines, les premiers mois, ils se sondent encore assez régulièrement suivant le conseil qui leur a été donné, mais bientôt par incurie, par défaut de sondes, ils abandonnent cette excellente pratique et ils deviennent ainsi des candidats à de nouveaux accidents urinaires dont l'échéance sera plus ou moins rapprochée.

Les rétrécissements de l'urètre ne constituent pas seuls l'indication de l'urétrostomie. J'ai observé l'année dernière deux cas de tuberculose urétrale que j'ai considérés comme justiciables de cette opération. L'histoire de ces malades, jeunes tous deux, l'un avait trente-quatre ans, l'autre dix-huit ans, présente assez

d'analogie au point de vue de la lésion et du traitemeut à instituer pour que je vous résume l'une seulement de ces observations.

Chez J. K., âgé de dix-huit ans, la verge était en battant de cloche, et une induration phlegmoneuse datant de plusieurs semaines s'étendait du gland au scrotum. On eût pu croire à un chancre induré, mais à l'incision de la peau du pénis je tombai sur des fongosités gris blafard qui s'étaient complètement substituées au tissu spongieux péri-urétral. Une sonde est introduite avec peine dans le canal, qui est dans un véritable bain de fongosités; il n'est plus représenté que par la muqueuse, du reste perforé en deux ou trois points par lesquels l'urine suintait lors de la miction. En cherchant à enlever, à détruire les fongosités, l'urètre s'enlevait sous forme de larges lambeaux. L'étendue, la profondeur de cette tuberculose locale semblaient devoir nécessiter l'amputation du pénis, mais, en raison de l'âge du malade et d'autres considérations sur lesquelles je n'insiste pas, je me décidai pour l'urétrostomie. Soit avec la curette, soit avec le fer rouge, je détruisis ces tissus fongueux qui s'étendaient en arrière des bourses, et j'abouchai au périnée un urètre sain. Deux mois après, le malade quittait mon service guéri de sa tuberculose périnéale et urinant à volonté par son nouveau méat.

Il a ainsi conservé son pénis qui pourra très probablement lui rendre, en dehors de la miction, les services habituels.

Au point de vue du résultat définitif, je divise mes opérés en deux catégories :

1° Ceux chez lesquels le rétrécissement, nécessitant l'opération, existait seul, avec des lésions plus ou moins avancées de l'appareil urinaire;

2° Ceux, au nombre de trois, chez lesquels il existait en même temps une hypertrophie prostatique apportant de son côté des troubles de la miction.

Je désire auparavant faire remarquer, en ce qui concerne la gravité de cette opération, qui est, du reste, d'une simplicité extrême d'exécution, que pas un seul de mes opérés n'a succombé. Mon assistant, le Dr Jaboulay, a, du reste, de son côté, pratiqué plusieurs fois l'urétrostomie périnéale avec le même succès.

Chez les opérés atteints seulement de rétrécissement, la miction se fait par le mouveau méat dans les meilleures conditions depuis un temps variable, 6, 10, 15 mois et au delà; chez eux les troubles urinaires existants ont disparu après un temps plus on moins long.

Chez les opérés porteurs en même temps d'une hypertrophie prostatique, j'ai conseillé un cathétérisme régulier que les malades

pratiquent aisément eux-mêmes et qui, depuis lors, les met à l'abri des accidents si fréquents provoqués par l'évacuation incomplète de la vessie. Deux d'entre eux, dont l'état général est parfait, ont été opérés il y a 20 et 23 mois.

Le méat contre nature a, la plupart du temps, une tendance au rétrécissement. Il sera bon de prévenir le malade de cette éventualité, pour qu'il ait la précaution de le dilater par un cathétérisme pratiqué de temps à autre. L'urétrostomisé urine accroupi ou mieux encore debout, un vase placé entre les cuisses.

Si la miction est parfaite, il n'en est pas de même de l'éjaculation, qui naturellement se fait en arrière du rideau scrotal. Je veux dire par là que le coït, toujours possible, ne peut être fécondant. D'après les renseignements donnés par quelques opérés, l'érection a lieu comme à l'état normal, et les sensations voluptueuses seraient les mêmes ou à peu près qu'avec l'urètre ayant toute sa longueur.

De mes opérés, il n'en est pas qui regrettent de ne plus pouvoir uriner par l'extrémité de la verge.

Le méat périnéal leur assure une miction facile, et si l'orifice nouveau tend à se rétrécir, rien ne leur est plus simple que de lui maintenir ses dimensions, en introduisant de temps à autre le bout d'une sonde. Ils se trouvent ainsi désormais à l'abri des troubles de la miction et des accidents d'empoisonnement urinaire qu'ils connaissaient depuis trop longtemps par expérience.

DISCUSSION

M. Verneuil (de Paris). — J'ai déjà observé, sans avoir cherché à les créer, des cas de méat contre nature; c'est ainsi qu'un malade, auquel je proposai de fermer un hypospadias artificiel consécutif à une urétrotomie, s'en trouvait si bien, qu'il préféra le conserver.

Il est des cas nombreux dans lesquels il existe des rétrécissements multiples, qu'on ne peut pas urétrotomiser d'un bout à l'autre, et qui récidivent constamment; il me semble que l'urétrostomie s'appliquerait tout à fait à ces cas, et c'est là une indication qui me paraît devoir être ajoutée à celles qui ont été formulées par M. Poncet.

M. Kœberlé (de Strasbourg). — Je puis citer un fait analogue à celui que vient de relater M. Verneuil. Il s'agissait d'un cas d'infiltration d'urine, consécutive à une fausse route, chez un malade atteint d'une forte contusion sans rupture de l'urètre. L'incision périnéale laissa une bouche que je voulais fermer, mais

le malade ne voulut jamais consentir à la restauration de son canal, et demanda à garder son méat contre nature.

M. Severeanu (Bucharest) a soigné il y a quinze ans un adolescent qui s'était rompu l'urètre dans une chute à califourchon et chez qui l'incision périnéale était restée fistuleuse. M. Severeanu fit une urétroplastie périnéale, avec taille hypogastrique pour dériver temporairement l'urine, mais une fistule périnéale persista après la cicatrisation de la plaie hypogastrique et le malade se trouva si bien qu'il refusa toute opération autoplastique. Ces faits accidentels viennent complètement à l'appui de l'opération méthodiquement exécutée par M. Poncet.

M. Lavaux. — Je regrette de ne pouvoir partager l'opinion de M. Poncet : je ne puis accepter ses conclusions. L'opération qu'il nous propose ne peut avoir que d'exceptionnelles indications. Les rétrécissements organiques de l'urètre, surtout chez l'adulte, récidivent toujours, quel que soit le procédé employé, si l'on n'applique pas le traitement post-opératoire. Ce n'est point une raison suffisante cependant, à mon avis, pour établir chez les rétrécis un méat contre nature au périnée, d'autant plus que bon nombre de rétrécissements organiques siègent près du sphincter urétral et même parfois au niveau de ce sphincter.

La multiplicité des rétrécissements n'est pas non plus une indication de cette opération, étant données la simplicité et la bénignité actuelles de l'intervention chez les rétrécis.

Quant à l'infection des voies urinaires supérieures, elle en est si peu une indication qu'aujourd'hui, grâce à l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures, elle n'est même plus une contre-indication à la dilatation.

Chez les rétrécis atteints en même temps d'une hypertrophie de la prostate nécessitant le cathétérisme, j'avoue que je ne comprends pas l'utilité de créer un méat périnéal, puisque ce cathétérisme répété permet d'éviter la récidive du rétrécissement. Si, dans des cas exceptionnels, il y a indication à intervenir chez ces malades, comme les difficultés du cathétérisme existent au niveau de l'urètre postérieur et non en avant du sphincter urétral, c'est au-dessus du pubis qu'il faut établir un méat contre nature.

Chirurgie du pylore. — Traitement des affections non cancéreuses de l'estomac,

Par M. le Dr Doyen (de Reims).

La chirurgie du pylore a eu tout d'abord pour objet les rétrécissements cancéreux. Puis on opéra les sténoses cicatricielles. Nous aurons particulièrement en vue le traitement des affections non cancéreuses de l'estomac, les seules où l'on puisse obtenir une guérison durable, bien que nous considérions comme très satisfaisants les résultats obtenus dans les cas de néoplasmes très limités par Billroth, Czerny, Kocher, qui ont observé des survies de deux, trois et même cinq ans.

Pour nous croire autorisé à entreprendre, dans les cas d'affections non cancéreuses de l'estomac, des opérations aussi graves que la pylorectomie et la gastro-entérostomie, il fallait que nous disposions de procédés opératoires susceptibles de ne pas nous donner de mécomptes. La mortalité des résections du pylore est, en effet, demeurée jusqu'ici de 40 à 50 0/0. Une chance sur deux serait un appoint insuffisant pour permettre de proposer l'opération aux plus courageux.

Nous avons successivement pratiqué la pylorectomie avec suture de l'estomac en raquette et l'abouchement duodénal, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie par diverses méthodes. Il nous suffira de décrire ici le procédé le plus sûr, tant pour les suites immédiates que pour les résultats éloignés de l'opération, procédé qui nous a donné sur douze cas, la proportion remarquable de 94,6 0/0 de succès opératoires.

Nous en ferons précéder la description de quelques considérations anatomiques.

La situation de l'estomac est telle que dans l'état de vacuité, le pylore en occupe le point le plus déclive. La dilatation de l'estomac, qui porte non pas sur l'ensemble du viscère, mais simplement sur l'antre pré-pylorique, est donc, sans exception, la conséquence d'un mauvais fonctionnement du pylore, qu'il s'agisse de spasme ou de rétrécissement organique.

La disposition de l'anneau duodénal, sa fixité, la situation élevée de l'origine du jéjunum, qui se trouve naître sur le même plan horizontal, ou peu s'en faut, que le pylore, la possibilité d'une sténose duodénale ou d'une bride dépendant du ligament de Treitz, nous ont fait rejeter toute intervention ayant pour effet de rétablir le passage du chyme dans le duodénum.

Il est, en effet, presque impossible, au cours de l'opération, de s'assurer de la parfaite perméabilité de l'anse duodénale. Le

mieux sera donc de la fermer à la circulation des aliments, et de la réduire à un simple prolongement des canaux cholédoque et pancréatique.

L'opération est faite de la manière suivante :

1° Incision médiane sus-ombilicale;

2° Exploration de l'estomac, du foie, du côlon et du duodénum;

3° Si l'opération est décidée : recherche de la première anse du jéjunum; un fil passé au travers de son mésentère, et l'intestin réduit. C'est alors qu'il faut décider si le pylore sera ou non réséqué;

4° Le pylore est examiné avec soin; existe-t-il un épaississement néoplasique, ou cicatriciel, si les adhérences sont étendues, il ne faut pas songer à l'extirpation qui serait illusoire en cas de cancer, et aggraverait inutilement l'opération dans les cas d'une simple cicatrice. Le néoplasme est-il mobile? on procède à son isolement, en perforant avec les doigts les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique; deux pinces courbes à pression élastique sont appliquées au-dessous du néoplasme, sur le duodénum, qui est sectionné entre leurs mors. Nous fermons le duodénum par trois plans de suture : le premier comprend toutes les tuniques de l'intestin; les pinces destinées à la fermeture provisoire de l'estomac et du duodénum sont alors enlevées, car notre premier plan de sutures suffit pour empêcher l'issue de la moindre trace de liquides ou de gaz. Deux plans séreux assurent la réunion. Nous pratiquons cette triple suture à l'aide de notre surjet à points passés, qui est d'une exécution rapide et d'une solidité à toute épreuve. Le duodénum est réduit dans le ventre, et nous fermons provisoirement l'estomac pour pratiquer l'ablation de la tumeur et la suture en trois étages de la plaie stomacale;

5° L'estomac et le duodénum étant désormais terminés en cul-de-sac, nous établissons le nouveau pylore : la première anse du jéjunum est sortie du ventre, ainsi que le grand épiploon, qui est introduit par une petite déchirure dans l'arrière-cavité, et fixé dans cette situation par quelques sutures gastro-coliques.

La première anse du jéjunum est placée au-devant de l'estomac, de telle sorte que le cours des matières soit dirigé dans le même sens qu'auparavant, c'est-à-dire de gauche à droite. Nous fixons l'intestin à l'estomac, non loin de l'insertion du grand épiploon; deux premiers plans de suture séreux sont effectués; l'estomac et l'intestin sont alors fermés provisoirement à l'aide de pinces à pression élastique, incisés, puis réunis l'un à l'autre par une suture circulaire, comprenant séreuse, musculeuse et muqueuse;

les pinces sont enlevées, et les deux derniers plans séreux assurent une réunion définitive.

N'y a-t-il pas indication de faire l'ablation du pylore, il faut néanmoins l'oblitérer, afin d'obtenir un fonctionnement parfait de l'orifice gastro-jéjunal. Nous disposons à cet effet de deux procédés : 1° section de l'estomac en amont du rétrécissement, et fermeture séparée, en cul-de-sac, du duodénum et de l'estomac; 2° fermeture du pylore non sectionné par une série de sutures déterminant le plissement et l'invagination dans l'ancien orifice pylorique d'une certaine étendue de la muqueuse gastrique. Dans l'un comme dans l'autre cas, la gastro-jéjunostomie est faite suivant le procédé que nous avons indiqué, occlusion du pylore avec résection facultative, création d'un orifice gastro-jéjunal pouvant admettre le médius : telle est l'opération que nous proposons dans toutes les affections de l'estomac non cancéreuses, rebelles à toute thérapeutique, et menaçant l'existence. La gastro-entérostomie avec plicature simple du pylore dure de 40 à 50 minutes. La gastro-entérostomie avec pylorectomie dure de 1 heure 1/2 à 2 h. 1/4. Nous avons tenté 28 fois d'intervenir pour diverses affections de l'estomac et du duodénum. Il s'est agi 16 fois de lésions non cancéreuses, 12 fois de néoplasmes malins :

1° Laparotomies exploratrices (5 cas de cancer).

Cinq fois nous avons dû nous contenter d'une exploration, les adhérences et l'étendue de la dégénérescence cancéreuse ne permettant pas même l'exécution d'une simple gastro-entérostomie; un de ces malades présentait un état général relativement satisfaisant, qui, coïncidant avec les signes du rétrécissement pylorique, nous avait fait penser à une sténose cicatricielle; nous avons trouvé l'estomac, rétracté sous le foie, en dégénérescence cancéreuse totale;

2° Trois pyloroplasties nous ont donné deux insuccès; nous avons abandonné cette opération comme défectueuse (trois cas de sténose simple);

3° Nous avons tenté également sans succès, *in extremis*, dans deux cas de cancer très étendu, la pylorectomie en raquette, combinée dans un cas à la gastro-entérostomie (deux cancers);

4° Dix gastro-jéjunostomies ont donné quatre insuccès : deux de ces opérations ont été faites *in extremis*; deux autres par un procédé défectueux, de telle sorte que l'évacuation du contenu stomacal n'a pu se faire dans des conditions satisfaisantes (deux cancers, huit cas de sténose pylorique ou duodénale et de spasme du pylore compliquant l'ulcère simple);

5° Sept pylorectomies avec occlusion du duodénum et gastro-jéjunostomies ont donné six succès (trois cancers, quatre sté-

noses simples). La malade que nous avons perdue est morte non pas des suites directes de l'opération, mais d'infection hépatique, le rétrécissement pylorique ayant été déterminé par des abcès duodénaux et une péritonite assez étendue, avec formation d'adhérences et ouverture de la vésicule tout près du pylore : cette malade avait refusé deux ans auparavant l'intervention pour lithiase biliaire, et nous a réclamé trop tard les secours de la chirurgie;

6° Enfin, nous signalerons une opération d'estomac en bissac, une sténose simple, le rétrécissement de la partie moyenne du viscère étant dû à un vaste ulcère de la petite courbure, avec rétraction cicatricielle et adhérence à la paroi abdominale. Le malade a guéri et se porte à merveille. Cette opération est, à notre connaissance, la première opération d'estomac en bissac qui soit publiée. Nous conclurons que l'occlusion du pylore avec résection facultative de ce dernier et gastro-jéjunostomie, telle que nous la pratiquons, est une excellente opération, puisque sur douze cas elle ne nous a donné qu'un insuccès, de cause opératoire (infection hépatique). L'ennemi est le pylore : sa fermeture spasmodique est la cause de dyspepsies, de la dilatation, de la non-cicatrisation des ulcères. La stagnation des ingesta dans l'estomac dilaté est un des facteurs de l'évolution du cancer. L'ulcère et le cancer ne se rencontrent, d'ailleurs, qu'exceptionnellement dans le grand cul-de-sac, ce dernier, logé en haut, dans la concavité du diaphragme, étant le séjour habituel des gaz, et ne se trouvant presque jamais en contact avec les aliments.

Nos résultats opératoires sont concluants : la gravité de l'opération, par le procédé de choix que nous avons décrit, est presque nulle, si l'on opère avant la période de cachexie finale.

La guérison est radicale : dyspepsies graves, maladie de Rechmann, crises gastralgiques, dilatation de l'estomac, vomissements alimentaires, hématémèses, les symptômes les plus graves en un mot disparaissent dès le jour de l'opération et les malades se trouvent d'autant mieux soulagés que nous leur faisons prendre, dès le réveil chloroformique, de l'eau de Vichy par cuillerées à café. Les ulcères les plus rebelles se cicatrisent en peu de temps, dès qu'ils ne sont plus soumis aux tiraillements journaliers dus aux alternatives de dilatation et de flaccidité des parois stomacales qui s'opposent d'habitude au travail réparateur. Nos opérés ont augmenté de poids dans des proportions remarquables, et l'un accusait récemment 3 livres en 6 jours, soit 250 grammes par jour.

Nous sommes donc convaincus qu'avec la description d'un procédé capable de réduire de 50 0/0 à 10 0/0 et peut-être moins

encore, la mortalité de la pylorectomie et de la gastro-jéjunostomie, la pathologie de l'estomac entre dans une voie nouvelle, et que la plupart des cas réputés incurables bénéficieront désormais de la nouvelle opération.

Tumeur hétérogène du corps thyroïde. Enchondro-sarcome. Succès opératoire. Mort par suite de tétanie le 28e jour,

Par le Dr Lentz, Chirurgien des hôpitaux de Metz.

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter m'a paru doublement intéressante, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. C'est surtout l'anatomie pathologique qui a attiré plus spécialement mon attention. Jugez-en plutôt.

Femme de cantonnier, cinquante-six ans, née de parents bien portants, réglée à l'âge de quinze ans, a toujours joui d'une bonne santé. Menstrues régulières, ménopause à quarante-huit ans, jamais de grossesse. A l'âge de quinze ans elle se rappelle avoir consulté un médecin pour une grosse gorge. Le praticien prescrivit une pommade qui demeura sans effet apparent. Cependant la tumeur, qui pouvait avoir eu à ce moment le volume d'une pomme d'api, n'augmentait point de volume et n'occasionnait aucune gêne dans la suite, elle paraissait extraordinairement dure, était absolument indolente.

Au mois d'octobre 1891, elle augmentait sensiblement de volume au point de gêner peu à peu la respiration. Un médecin consulté vers la fin de décembre constate des accès de suffocation, et m'adresse la malade dans le but de lui faire l'extirpation d'un goitre énorme qui lui paraissait en voie de dégénérescence maligne.

Voici l'état de la malade à son entrée à la maison de santé des diaconesses de notre ville, le 29 décembre 1891. Femme de constitution moyenne, portant une tumeur du volume d'une tête de fœtus à la partie médio-latérale gauche du cou. Cette tumeur s'étend de l'apophyse mastoïde à la clavicule, mesure dans son plus grand diamètre environ 15 centimètres, est excessivement dure au toucher, mobile. Elle comprime fortement la trachée et produit ainsi du cornage et des accès de suffocation réellement inquiétants. Le paquet vasculo-nerveux est refoulé en dehors, on sent manifestement les battements de la carotide derrière et en dehors du sterno-mastoïdien situé latéralement de la tumeur.

Le diagnostic paraît incertain, cependant l'idée de carcinome me parut devoir être écartée d'emblée, en raison de la mobilité de la tumeur. L'hypothèse d'un néoplasme d'origine sarcomateuse s'imposait alors, eu égard au développement rapide de la tumeur. L'opération justifiée par les troubles fonctionnels de la tumeur est exécutée le lendemain de l'entrée de la malade à la maison de santé. Elle ne présente aucune

difficulté. Après avoir pris les précautions aseptiques d'usage, je pratique une incision partant de l'apophyse mastoïde pour aboutir à 1 centimètre environ du tiers moyen de la clavicule. Cette incision côtoie le bord interne du sterno-mastoïdien qui est récliné à l'aide de crochets mousses. Une deuxième incision partant du niveau de la pomme d'Adam vient rejoindre la première et forme avec celle-ci un angle obtus. L'énucléation ne présente absolument aucune difficulté, c'est à peine si je jette une demi-douzaine de ligatures à la soie stérilisée sur les thyroïdiennes et sur quelques musculaires. La tumeur principale enlevée, j'examine le lobe droit du corps thyroïde qui me paraît également dégénéré. Je l'extirpe à contre-cœur, de crainte d'exposer mon opérée aux suites de la cachexie strumiprive. L'examen histologique est d'ailleurs venu confirmer mon diagnostic. Pendant les trois premiers jours, les suites de l'opération furent des plus simples. La plaie restée aseptique est complètement réunie, sans drainage, les épingles sont enlevées, le troisième jour, l'appétit est bon, l'état général aussi satisfaisant que possible. Malheureusement cela ne devait pas durer. Le quatrième jour, en effet, la malade se plaint de crampes dans les mains et les pieds ainsi que de trismus, la température monte à 38°, alors qu'elle n'avait jamais dépassé 37°,3 les jours précédents. Depuis ce jour jusqu'à la mort, survenue le vingt-huitième jour de l'opération, l'opérée a eu régulièrement deux accès par jour. Ces accès se présentaient sous forme de crampes toniques affectant constamment les mêmes groupes musculaires, les fléchisseurs des extrémités supérieures et inférieures, ainsi que les masséters et les muscles de la face, à laquelle ils donnaient la conformation particulière du rire sardonique. Leur durée était d'une régularité mathématique et s'étendait de neuf heures du matin à dix heures et demie, le soir de quatre heures environ à cinq heures et demie. Les douleurs étaient atroces, et n'étaient calmées que par des piqûres de morphine. Le chloral, les opiacés à l'intérieur ne m'ont pas paru exercer un effet quelconque ni sur la durée, ni sur l'intensité des crampes.

Dans l'intervalle des accès la malade reposait quelques heures, prenait quelque nourriture.

En comprimant le sciatique, le paquet vasculo-nerveux du triangle de Scarpa, le cubital, etc., on provoquait régulièrement un accès, dont la durée était moins longue que pour l'accès idiopathique. Les muscles du tronc et de la poitrine n'ont jamais été affectés. Ajouterais-je encore que la main prenait une conformation toute particulière, telle la main de l'accoucheur qui s'apprêterait à pénétrer dans le canal génital (symptôme décrit par Trousseau), et mon diagnostic sera suffisamment motivé. Il s'agissait bien de tétanie à la suite d'extirpation complète d'une tumeur du corps thyroïde.

Quant à la tumeur elle-même, voici un extrait d'un compte rendu très détaillé qu'a bien voulu me communiquer M. de Recklinghausen, de l'université de Strasbourg. Je n'insisterai point d'une façon particulière sur les détails histologiques, qui seront l'objet d'un travail spécial de ce savant.

« La tumeur que vous avez bien voulu m'adresser constitue un cas unique dans son genre, c'est un enchondrosarcome du corps thyroïde.

Peut-être a-t-il quelque analogie avec le cas de Zahn (v. Chondronsteoiod sarcome der Schilddrüse). On reconnaît macroscopiquement la nature du tissu cartilagineux qui s'est développé dans la charpente fibreuse du corps thyroïde même.

En dehors du tissu enchondromateux, on trouve des cellules sarcomateuses fusiformes et les éléments du corps thyroïde. La tumeur appendiculaire, soit le lobe droit du corps thyroïde, se révèle également comme en voie de dégénérescence sarcomateuse. On n'y trouve cependant point de tissu cartilagineux. »

Jusqu'à ce jour les auteurs qui ont bien voulu s'occuper spécialement de la pathologie du corps thyroïde ont nié l'existence du goitre chondromateux. Albers, Lebowicz, d'après M. Broca dans son excellent travail du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, auraient parlé de chondrome du corps thyroïde, mais ces faits resteraient douteux. M. Maurice Jeannel, dans son article GOITRE (*Encyclopédie de chirurgie*), nie franchement l'existence de l'enchondrome. Nous assistons cependant au développement hétérogène du tissu cartilagineux dans d'autres systèmes. J'ai moi-même opéré un chondrome de la parotide. M. Pozzi a vu le tissu cartilagineux dans le ganglion situé sur la glande sous-maxillaire. On l'a trouvé dans la glande sous-maxillaire même. Ne serait-il pas permis d'admettre dès lors l'hypothèse d'un développement hétérochtone du tissu cartilagineux dans le corps thyroïde? L'examen histologique pratiqué par le savant professeur d'anatomie pathologique de Strasbourg semble devoir confirmer cette hypothèse et la transformer même en réalité. N'est-on pas en droit d'admettre l'origine congénitale du tissu cartilagineux? Nous avons vu par les antécédents qu'à l'âge de quinze ans, la femme Sch... a été porteur d'une tumeur au cou. Cette tumeur, elle a dû la porter bien antérieurement.

Pendant tout près de quarante ans, la tumeur reste stationnaire, n'occasionne aucune gêne; trois mois avant l'opération seulement elle prend des proportions inquiétantes au point d'affecter le volume d'une tête de fœtus. On y rencontre à l'examen histologique non seulement les éléments du corps thyroïde hyperplasiés, mais surtout du tissu cartilagineux qui s'est développé aux dépens de la charpente connective du corps thyroïde. La transformation aussi rapide du tissu connectif en tissu cartilagineux serait-elle vraiment possible? Je ne le crois pas. Il faudra dès lors admettre d'emblée l'existence congénitale du tissu cartilagineux. La dégénération sarcomateuse n'a commencé qu'avec la croissance et le développement rapide du goitre.

Je ne m'étendrai pas particulièrement sur les suites opératoires. Le traitement de la tétanie strumiprive n'a été que symptomatique dans mon cas, la malade se refusant absolument à l'implantation sous-cutanée de tissu thyroïdien que je m'étais proposé de lui faire : soi-disant par acquit de conscience, les résultats obtenus jusqu'à ce jour me paraissant loin d'être probants. La mort est survenue par suite d'épuisement, il n'y a pas eu de myxœdème, en somme point de cachexie strumiprive proprement dite.

Il ressort clairement et une fois de plus de cette observation que l'extirpation totale du corps thyroïde est une opération grave par les suites qu'elle comporte; elle ne devra, à mon avis, être tentée que dans les cas de nécessité absolue (compression annulaire par les goitres fibreux, tumeurs malignes manifestes, sujettes à récidive). J'aurais certainement agi prudemment, si je m'étais borné à l'extirpation simple de la tumeur principale. Tout en reconnaissant la nature pathologique du lobe droit, j'aurais peut-être eu la satisfaction de sauver mon opérée.

Sur la théorie de la compression cérébrale,

Par le Dr W.-J. van Stockum (de Leyde, Hollande).

Voulant vous communiquer les résultats de quelques expériences sur la théorie de la compression cérébrale, je vous dirai d'abord que j'aurai en vue les symptômes qu'on est convenu d'appeler symptômes généraux. Ces symptômes bien connus sont : la perte de connaissance, la respiration stertoreuse, le ralentissement du pouls, enfin l'arrêt de la respiration et de l'action du cœur, la mort.

Ces symptômes doivent être attribués à la présence d'un corps étranger dans la cavité du crâne, d'une masse qui diminue la place destinée au contenu normal du crâne. Aussi a-t-on pu imiter ces symptômes chez des animaux en introduisant des corps étrangers dans la cavité de leur crâne, et l'on a pu les étudier plus minutieusement que par l'examen clinique, surtout en enregistrant la pression sanguine. Comme exemple, je vous montre ici un tracé de la pression sanguine de la carotide d'un chien chez lequel je diminuai progressivement la capacité du crâne en injectant des deux côtés lentement une solution physiologique de chlorure de sodium entre la dure-mère et la boîte osseuse. Ainsi se formaient

dans le crâne deux ampoules remplies de liquide. A un moment donné, la pression sanguine s'élève, le pouls se ralentit, au bout de quelques minutes cette élévation diminue et la pression s'abaisse à zéro; ordinairement, comme vous le voyez ici, le ralentissement du pouls se transforme dans la phase terminale dans une accélération progressive, et l'animal meurt, tandis que les amplitudes de l'onde artérielle diminuent graduellement. Dans cette expérience, la respiration s'était arrêtée de bonne heure et avait été suppléée par la respiration artificielle. Sous cette condition parfois on ne réussit pas à faire cesser l'action du cœur, quoique cela soit une exception. Au moment où la pression sanguine s'élève, l'animal perd connaissance et sentiment, on voit venir des spasmes qui cependant disparaissent bientôt.

La plupart de ces symptômes ont été attribués à des troubles dans la fonction de divers centres situés dans le bulbe. Ainsi l'élévation de la pression sanguine est due à l'irritation du centre vaso-moteur situé dans le bulbe. Le ralentissement du pouls est la suite d'une irritation du centre du nerf pneumo-gastrique, etc. On a ajouté que la phase d'irritation est suivie d'une phase de paralysie et ordinairement on désigne l'arrêt du cœur, dans une phase d'accélération du pouls comme un symptôme de la paralysie du bulbe. Il n'en est pas ainsi. Lorsqu'on étudie les travaux concernant les expériences sur l'innervation du cœur, l'on rencontre parfois des descriptions d'expériences où l'on a coupé tous les nerfs qui se rendent du cerveau au cœur, dans le but d'étudier l'action de cet organe sous l'influence seule de ses propres centres moteurs. Or je me suis dit que si vraiment l'on avait coupé tous ces nerfs, l'effet de cette opération devait être exactement le même que celui d'une paralysie totale du cerveau. Le fait étant admis que le cœur séparé de tous ses nerfs crâniens ne cesse pas de baltre, il est impossible que dans la compression du cerveau ce soit une *paralysie* qui occasionne l'arrêt de cet organe. Pour acquérir une conviction sur ce point, j'ai agi très radicalement. J'ai coupé chez des lapins tout le cou, excepté les carotides, les veines jugulaires et la colonne vertébrale avec les vaisseaux vertébraux. En effet, sous l'influence de la respiration artificielle, les animaux survivaient à cette opération et je pouvais faire au cerveau des manipulations qui auraient arrêté le cœur chez des animaux normaux. C'est-à-dire que je pouvais anémier le cerveau, en causant une tension excessive du liquide céphalo-rachidien sans voir apparaître aucune altération dans l'action du cœur. J'en conclus que lorsque le cœur s'arrête, comme dans l'expérience dont je vous ai montré la courbe, cet arrêt doit être causé par l'irritation d'un centre accélérateur. Dans ce cas, on doit s'attendre

à voir arriver l'arrêt dans la systole, et en effet j'ai vu lorsque j'avais mis à nu le cœur d'un lapin qui était en train de mourir par une compression du cerveau, que cette supposition est conforme à la vérité. De même on pourrait attribuer la suspension de la respiration à l'irritation du centre du nerf pneumogastrique, parce qu'on sait que l'excitation électrique du bout central de ce nerf est suivie d'un ralentissement et même d'un arrêt de l'action respiratoire. Cependant ces considérations n'ont qu'une importance subordonnée, puisqu'il faudra chercher toujours dans le bulbe la cause immédiate de la plupart des symptômes.

Or comme dans une grande partie des observations cliniques on a trouvé les masses comprimantes à la surface des hémisphères et que surtout dans les expériences c'est là qu'on a introduit les corps étrangers, c'est la grande distance où se trouvent la cause et les centres troublés qui amène la difficulté de donner une explication plausible. Plusieurs savants ont tâché de la donner. Parmi les expérimentateurs, il faut nommer en premier lieu M. Duret, et c'est en s'appuyant sur les résultats et sur les déductions de ce pathologiste éminent que la nouvelle chirurgie française a adopté une théorie qui contient une double explication. Du moins dans le *Traité de chirurgie*, paru il y a quelques mois, M. Gérard Marchant dit : « La circulation dans le bulbe est gênée, non seulement parce que la tension intra-crânienne (l'auteur pense ici sans doute au liquide céphalo-rachidien) est élevée par suite de la diminution de la capacité du crâne, mais encore parce que le bulbe comprimé directement sur la gouttière basilaire reçoit moins de sang artériel. »

La première partie de cette explication a été adoptée en Allemagne, elle a été répandue par M. von Bergmann et défendue par lui avec tant de zèle que les Allemands y ont attaché le nom du professeur de Berlin.

M. Duret avait remarqué que ce n'est qu'en anémiant le cerveau à un degré plus ou moins complet qu'on peut causer une si grande élévation de la tension artérielle accompagnée d'un ralentissement si énorme du pouls, comme on en voit naître dans la compression du cerveau. Cette anémie du cerveau, on peut en effet l'obtenir en augmentant la tension du liquide céphalo-rachidien jusqu'à la hauteur de la tension artérielle dans la carotide, et en faisant cette expérience on voit apparaître des symptômes semblables à ceux de la compression cérébrale.

Permettez-moi de demander votre attention pour cette figure à l'appui de mon dire.

Vous voyez une courbe représentant la tension artérielle de la carotide d'un lapin où la cavité céphalo-rachidienne avait été mise

en communication avec un vase plein d'eau salée, soumise à une pression connue et pouvant être graduellement augmentée. Cette pression est représentée par la ligne rouge. Vous voyez qu'au moment où la tension du liquide s'approche de la tension artérielle, il vient des symptômes semblables à ceux que la diminution de la capacité du crâne a donnés dans la première expérience. D'ailleurs les autres symptômes comme la perte de connaissance, les spasmes, la suspension de la respiration qui me forçait à l'application de la respiration artificielle, ne tardaient pas à se montrer. C'est donc en s'appuyant sur des expériences comme la dernière que la théorie Duret-von Bergmann admet qu'un corps étranger ne pouvant trouver place dans le crâne qu'en refoulant une partie du liquide céphalo-rachidien vers la cavité rachidienne, et en tendant ainsi les ligaments vertébraux, fasse augmenter la tension du liquide céphalo-rachidien et comprime les vaisseaux qui parcourent ce liquide pour se rendre vers le cerveau.

Cette théorie, messieurs, si ingénieuse qu'elle soit, est inexacte. Aussitôt que le liquide céphalo-rachidien se trouve sous une pression plus grande qu'à l'état normal, il quitte sa cavité et cela si rapidement que lorsque la cause de l'augmentation de la tension cesse d'agir, les symptômes disparaissent en quelques secondes. Voilà ce que vous voyez représenté dans cette troisième courbe.

Le procédé expérimental était le même que le précédent, mais au moment où les phénomènes de compression ou d'anémie commençaient, je fermai un robinet et fis cesser ainsi l'afflux du liquide. Vous voyez comment en 52 secondes toute trace de phénomènes anormaux avait disparu. Cependant nous savons qu'une fracture des os du crâne, qu'un épanchement sanguin intra-crânien qui a cessé d'augmenter, continuent néanmoins à se traduire par des symptômes graves.

Il me semble que cette expérience suffit à renverser la théorie en question. On a apporté depuis peu d'autres preuves encore contre elle. En effet ces preuves sont si nombreuses, qu'il n'est plus nécessaire d'en parler plus longuement.

Examinons maintenant la seconde explication. Celle-ci admet que le corps étranger comprimant gêne la circulation artérielle dans le bulbe par une voie mécanique. C'est ce qu'elle a de commun avec une explication donnée il y a quelques semaines par M. Kocher, de Berne. Celui-ci croit que la pression exercée sur la surface de l'hémisphère se propage par la masse du cerveau jusqu'au bulbe et qu'elle ferme ainsi les artères. Entre parenthèse, je dois dire que je ne comprends pas comment cela s'explique physiquement.

J'ai cru pouvoir démontrer par des injections intra-vasculaires l'existence d'une gêne mécanique. Dans ce but, j'ai fait une injection d'un liquide bleu dans les vaisseaux du cou du cadavre d'un lapin, tué par une injection extra-durienne. Je faisais cette injection sous une pression égale à la tension normale du sang de l'animal, et en même temps je produisais des ampoules dans le crâne tout à fait comme au moment de la mort de l'animal. Je trouvai les vaisseaux de la base du cerveau du bulbe et du cervelet très bien teints. Les hémisphères, c'est-à-dire le voisinage des ampoules, n'avaient pas reçu une goutte du liquide coloré.

J'ai fait une injection semblable chez un chien, quelques minutes après sa mort qui fut causée par l'introduction de quelques tiges de laminaire entre la dure-mère et le crâne. La mort était survenue quelques heures après l'introduction des laminaires, sous des symptômes de compression cérébrale. Je puis vous montrer ces cerveaux. Vous pouvez voir que le bulbe est en effet coloré et qu'il n'y a pas de différence entre le côté droit et le côté gauche. Au contraire les hémisphères montrent des différences. A droite, où j'avais mis les laminaires, la matière colorante n'a produit que très peu d'effet.

J'ai aussi étudié de cette manière l'influence d'un corps étranger sur la circulation dans le cerveau de l'homme. Chez un cadavre, j'ai injecté d'abord une masse de cire fondue entre la dure-mère et le crâne, au niveau de l'artère méningée moyenne droite. Ensuite j'ai fait une injection d'eau colorée dans les carotides sous une pression de 28 centimètres de mercure. Voici la masse de cire, et le cerveau en question. L'hémisphère droit est beaucoup moins coloré que l'hémisphère gauche. Au-dessous de la tente du cervelet, il n'y a pas de différence entre les deux côtés.

C'est de ces expériences que j'ai conclu que les théories mentionnées, qui admettent une gêne de la circulation dans le bulbe par *voie mécanique*, doivent être abandonnées. Mais j'en ai tiré encore une autre conclusion; il était évident que dans les environs du corps étranger, la circulation artérielle étant gênée, les hémisphères ne reçoivent plus la quantité de sang normale; aussi je supposais *qu'au début* les symptômes de compression ont leur origine dans un trouble de la fonction des hémisphères. Pour m'assurer de la vérité de cette supposition, j'ai coupé, à l'aide du thermo-cautère de Paquelin, chez des chiens, les pédoncules du cerveau, c'est-à-dire que j'ai détruit la communication entre les hémisphères et les parties du cerveau situées plus bas. Ensuite j'ai mis une pièce de mastic sur la surface du cerveau et enfin j'ai remis à sa place le morceau de l'os du crâne, enlevé pour rendre possibles les manipulations décrites. Les suites furent vraiment

merveilleuses, la respiration restait régulière, le pouls ne montrait aucune altération, et les choses restaient ainsi lorsque je remplaçai le mastic par des morceaux plus grands.

Dans le but de préciser encore le point de départ des symptômes de compression, chez une autre série d'animaux j'ai cautérisé superficiellement l'écorce des hémisphères sur une surface assez grande, et j'ai introduit de nouveau des morceaux de mastic. Le résultat fut tout à fait identique à celui de la série d'expériences précédentes.

Il me reste encore, messieurs, à expliquer le rapport entre les troubles dans la fonction de l'écorce du cerveau et ceux du bulbe. Comme plusieurs faits indiquent que ceux-ci doivent être attribués à une gêne de la circulation et comme, d'autre part, j'ai démontré que dans le bulbe il n'existe pas une gêne mécanique, il faudra en chercher la cause dans un spasme vaso-moteur. Celui-ci pourrait être la suite d'une irritation du centre vaso-moteur situé dans le bulbe, ou il faudrait supposer un centre vaso-moteur propre au cerveau, situé par exemple dans l'écorce des hémisphères. Je serais trop long en voulant énumérer tous les pour et contre que je pourrais soumettre à votre appréciation. Je me contenterai de vous décrire une expérience qui me semble plaider pour la seconde hypothèse.

Je coupai chez un chien la moelle épinière entre le crâne et l'atlas. Ainsi je coupai non seulement les nerfs vaso-moteurs du corps et des extrémités, mais aussi ceux qui pénètrent dans la cavité du crâne en accompagnant les vaisseaux. Le centre vaso-moteur du bulbe ne pouvait donc exercer aucune action.

J'enregistrai ensuite la pression sanguine dans le bout périphérique d'une carotide, en même temps je produisis une diminution de la capacité du crâne au moyen d'une ampoule introduite entre la dure-mère et le crâne et qu'ensuite je remplis d'eau. Il est évident que, dans ces conditions, une élévation de la pression sanguine dans les vaisseaux du crâne ne pouvait se produire puisqu'ils communiquent avec les vaisseaux du corps qui étaient fortement dilatés par suite de la section de la moelle épinière. Néanmoins je voyais que l'animal perdait connaissance, que le pouls se ralentissait, que le cœur cessait de battre, bref, des symptômes de compression se montraient.

Ici il me semble impossible de les expliquer autrement que par un spasme des vaisseaux du bulbe amené par l'irritation d'un centre vaso-moteur propre du cerveau.

Je vais finir par quelques conclusions, qui découlent de ce que j'ai dit. Si je n'ai pas réussi à vous convaincre, j'ose supposer que ce sera à cause de la brièveté de ma démonstration. Bientôt,

j'espère publier les résultats de mon travail *in extenso*, pour lequel je me propose de m'adresser à un périodique français dont j'apprécierai spécialement l'hospitalité.

Voici donc mes conclusions :

1° Les symptômes généraux de la compression cérébrale ne sont pas causés par l'augmentation de la tension du liquide céphalo-rachidien;

2° Ils dépendent d'un trouble dans la circulation du bulbe; ce trouble ne se produit pas par la voie mécanique;

3° Ce trouble dans la circulation du bulbe et par suite les symptômes de compression ont leur point de départ dans l'écorce des hémisphères;

4° L'écorce cérébrale, anémiée et irritée en conséquence par le corps étranger qui la comprime, fait naître une gêne dans la circulation cérébrale parce qu'elle renferme un centre vaso-moteur propre au cerveau.

Contribution à la chirurgie de la poitrine,

Par le Dr Delorme, Médecin principal, Professeur au Val-de-Grâce.

Je désire attirer l'attention des membres du Congrès de chirurgie sur un mode d'intervention nouveau, destiné dans certains cas à remplacer l'opération d'Estlander et à servir de temps préliminaire, préparatoire, pour d'autres interventions intra-thoraciques.

L'opération que j'ai l'honneur de proposer consiste dans la formation d'un large volet thoracique comprenant à la fois des parties molles et des portions étendues de côtes. Ce volet largement ouvert, le chirurgien a libre accès dans la cavité correspondante; l'opération terminée, le volet est refermé, soudé au reste de la paroi à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit bientôt de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

De la 3e côte inclusivement à la 6e inclusivement (il semble inutile de remonter plus haut et de descendre plus bas) je trace un lambeau cutané à base postéro-supérieure adhérente, par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle, lambeau à direction oblique de haut en bas, suivant celle des côtes. Il s'étend de deux travers de doigt en dehors du bord du sternum à la saillie du bord axillaire de l'omoplate. Sa forme peut d'ailleurs varier suivant le but qu'on poursuit. Le lambeau cutané est libéré au ras des côtes, comme dans l'opération d'Estlander; puis à ses limites antérieures je sectionne chaque côte avec l'espace intercostal.

A mesure que les intercostales sont coupées, deux pinces hémostatiques sont appliquées sur chacun des bouts de l'artère; en arrière, les côtes sont sectionnées longitudinalement ou réséquées dans une faible étendue avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, je libère le volet en haut et en bas, jusqu'au niveau de sa base, puis je lui fais faire bascule, je l'ouvre en dehors, et l'intérieur de la cavité thoracique est largement découvert (voy. fig. 12).



Fig. 12. — Volet thoracique rabattu (procédé du Professeur Delorme).

Après cette description sommaire de l'acte opératoire, voyons quels services ce dernier paraît susceptible de rendre :

I. — Je l'imaginai l'année dernière (au commencement de mai 1892), à propos d'un malade vigoureux de mon service qui présentait un abcès volumineux de la paroi thoracique gauche, de nature tuberculeuse, avec un diverticule intrathoracique aussi étendu que la poche extérieure. L'excision de la poche externe et le curage attentif du diverticule profond, après résection des deux côtes limites, s'étant montrés insuffisants, je circonscrivis un volet thoracique de huit centimètres de long sur douze de large, c'est-à-dire des dimensions de la poche interne relevées à la sonde cannelée et, le volet rabattu, je pus aisément disséquer, au bistouri et avec des ciseaux, la paroi épaisse de plus d'un centimètre répondant à la plèvre pariétale et la paroi de la poche qui, non moins épaisse, inextensible, et fongueuse, recouvrait le poumon gauche et médiatement le

péricarde dans une assez grande étendue. Le volet rabattu fut réuni par des fils de soie au niveau des espaces intercostaux; la plaie guérit par première intention; les côtes étaient solides au bout d'un mois. Comme les membres du Congrès peuvent le constater sur ces photographies, le résultat définitif fut parfait.

Dans des cas semblables, le procédé que je préconise pourrait rendre les mêmes services.

II. — La facilité relative avec laquelle j'avais, dans le cas précédent, libéré le poumon de sa fausse membrane, m'engagea à appliquer le même procédé pour l'oblitération des vastes cavités intrathoraciques que laissent parfois après elles les opérations d'empyème et pour laquelle on s'est contenté jusqu'ici de pratiquer des opérations d'Estlander. Il me paraît préférable de chercher à libérer le poumon de sa fausse membrane continue, rigide, inextensible, plutôt que de rapprocher la paroi thoracique de la paroi pulmonaire, car cette dernière méthode, dans le cas où elle réussit, ne fait que combler la cavité sans rétablir le fonctionnement du poumon.

Le fait suivant (je regrette de n'en avoir pas trouvé d'autres) m'a montré la possibilité d'atteindre ce résultat.

Un malade atteint depuis six mois d'une pleurésie tuberculeuse gauche totale avec rétraction considérable du poumon, me fut envoyé du service de M. le professeur agrégé Antony. Cet homme avait en vain, pendant six mois, subi plusieurs ponctions qui avaient donné issue à une grande quantité de liquide séro-purulent. Après chaque ponction, le liquide s'était rapidement reproduit. Le cœur était fortement dévié, la respiration difficile; mon collègue me pria de lui pratiquer une opération d'empyème. L'incision thoracique, suivie de la résection d'une côte, me fit pénétrer dans une poche étendue à la presque totalité de la hauteur de la plèvre gauche avec rétraction du poumon, de huit centimètres en profondeur. Par l'ouverture laissée par la résection costale et l'incision de deux espaces intercostaux, il me fut facile de constater, *de visu* et au doigt, que le poumon recouvert par une membrane continue, élastique, épaisse, ne pourrait jamais revenir au contact de la paroi thoracique. Comme d'un autre côté la plèvre viscérale était épaisse de près de un centimètre, il était non moins évident qu'une opération simple d'Estlander, que même ce mode opératoire combiné avec une incision de la paroi, seraient aussi insuffisants pour combler la poche. Après ces constatations, je comptais, chez ce malade, libérer la paroi viscérale et pariétale de son épaisse fausse membrane dès que son état, alors très précaire, m'eût permis de faire cette opération; malheureusement il succomba rapidement à une complication intercurrente, mais son autopsie fut presque aussi démonstrative pour la valeur du procédé que je voulais employer que l'eût été l'acte chirurgical même.

Je libérai un volet thoracique tel que je l'eusse pratiqué sur le vivant,

puis, la cavité étant largement ouverte, je cherchai à disséquer, à abraser la fausse membrane pulmonaire au bistouri, aux ciseaux. Je ne tardai pas à remarquer que cette dissection longue, difficile, que la crainte incessante de blesser le poumon rendait encore insuffisante, eût été inapplicable sur le vivant. J'eus abandonné mon idée si, dans un point où la fausse membrane avait été linéairement incisée, introduisant sous elle une sonde cannelée, je n'avais constaté que la séparation en était alors facile et rapide; qu'elle l'était davantage encore lorsque je m'aidais de l'extrémité mousse de ciseaux courbes, et qu'avec l'index glissé entre elle et le poumon, *elle se décollait si bien, qu'en quelques minutes, on pouvait en libérer complètement la surface de ce poumon.* J'abrasai la fausse membrane aux limites de sa dénudation et au-dessous d'elle je trouvai un poumon *sain* crépitant, extensible. Or cette membrane, dont la séparation avait été si facile, présentait une résistance telle que ni moi ni plusieurs collègues ne purent la rompre ou la déchirer. *Elle avait la résistance du cuir.* Il n'est pas douteux que, si ce malade eût survécu, elle eût à jamais emprisonné le poumon et rendu inutile toute opération d'Estlander.

Il me serait impossible de dire, manquant d'observations et d'autopsies dirigées dans ce sens, dans quelles conditions cette séparation de la membrane viscérale est possible et fructueuse. Jusqu'à plus ample informé, je croirais qu'elle est à tenter dans les grands empyèmes déjà anciens, surtout tuberculeux, avec rétraction du poumon de plus de *cinq centimètres* dans le sens transversal, c'est-à-dire dans les cas où l'opération d'Estlander se montre le plus souvent insuffisante. Je la croirais d'autant plus rationnelle dans ces conditions, que si elle se montrait alors impossible, le volet thoracique, désossé ou non, pourrait mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement désossée et peu dépressible, que laisse l'opération d'Estlander, et que, de plus, en cas de réussite, on aurait l'avantage de combler la cavité en permettant au poumon de reprendre sa place. Or restituer à un malade la moitié de son champ respiratoire, n'est-ce pas là un but bien digne d'être poursuivi?

III. — Certaines opérations praticables sur le poumon, qui nécessitent une brèche pariétale qu'on n'a obtenue jusqu'ici que par la résection de plusieurs côtes, me semblent pouvoir être faites après renversement d'un volet thoracique. Celui-ci, après la soudure des côtes, conserve mieux l'intégrité fonctionnelle de la paroi. Quant au pneumothorax accidentel qu'on peut produire pendant l'opération, on le limiterait à son gré ou on en atténuerait les conséquences en réunissant comme je l'ai fait, séance tenante, le poumon à la paroi par des anses de catgut, véritables adhérences chirurgicales. On aurait soin seulement de laisser ces anses assez lâches pour ne pas empêcher le mouvement vertical du poumon.

IV. — Je passe rapidement sur ces indications, désirant m'arrêter davantage au traitement des deux principales complications des plaies pénétrantes de poitrine : l'hémorragie, le pneumothorax.

Dans le courant de l'année dernière (1er juillet 1892), un officier droitier se porte, dans la région de cœur, quatre coups vigoureux et pénétrants d'un couteau à amputation à double tranchant qu'il avait acheté au quartier Latin. Il est relevé exsangue et transporté de l'établissement des bains où la tentative de suicide avait eu lieu à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de mon collègue et ami, M. le professeur Robert. Il se relève lentement, difficilement, de son anémie traumatique. Mon collègue, suivant les indications classiques, pratique chez lui l'occlusion de la poitrine et l'antisepsie de la plaie. Le lendemain, le pansement et le lit sont souillés par du sang rutilant; une nouvelle hémorragie extérieure peu abondante s'est produite. Le surlendemain, nouvelle hémorragie légère dans la journée. Mon collègue me demande conseil, au besoin mon assistance. Je lui propose d'ouvrir, sur l'heure, un volet thoracique, d'aller à la recherche du ou des vaisseaux qui donnent et d'assurer une hémostase directe, et je lui fais remarquer que la rétraction du poumon par l'air qui s'échappait avec force des plaies ou que sa compression par le sang épanché ne pouvaient faire craindre les dangers, peut-être exagérés, du pneumothorax total. Moins confiant que je l'étais dans le procédé nouveau que je lui préconisais, il continue l'occlusion. Le soir, à six heures, nouvelle hémorragie plus abondante; le pouls est filiforme, la respiration rapide, large, bruyante; le blessé est exsangue, en imminence de syncope; l'intervention est urgente. Appelé sur-le-champ, mon collègue fend largement l'espace intercostal correspondant à la plaie la plus étendue, constate que l'hémorragie est intrathoracique et malgré la longueur de l'incision, moins heureux qu'Omboni, il voit, pendant les efforts d'expiration, sans pouvoir la saisir et l'oblitérer, une plaie par laquelle s'échappe avec bruit une colonne d'air et du sang. Une bronche et ses vaisseaux satellites ont donc été atteints. Appelé, j'accours assister mon collègue et séance tenante, en quelques minutes, nous ouvrons un large volet thoracique; trois plaies pulmonaires sanglantes sont saisies avec des pinces hémostatiques; l'une d'elles est ligaturée par une soie double passée à travers le parenchyme, le sang et l'air cessent de s'échapper par cette plaie. Mais le sang remplit toujours le sinus profond limité par le poumon, son hile et la face supérieure du cœur. Cette cavité est étanchée, j'y enfonce ma main droite allongée et repliée en gouttière, et je la glisse au niveau du hile : la gouttière ne se remplit pas de sang. Les vaisseaux du hile semblent donc intacts; quelques instants après, nous en constatons *de visu* l'intégrité.

Le sang qui continuait à remplir le sinus cardio-pulmonaire, ne pouvant venir que du cœur ou du péricarde, nous examinons la surface accessible de ces derniers, dans la plaie, à la lueur insuffisante d'une lampe et nous distinguons une plaie antérieure d'un centimètre d'étendue par laquelle s'écoule du sang. Une pince hémostatique est appliquée

sur elle, c'est-à-dire sur le péricarde dont un vaisseau était ouvert. Une deuxième pince fut appliquée un peu plus haut au niveau d'une deuxième plaie péricardique. Le sang continua à s'écouler quelques instants encore dans le sinus cardio-pulmonaire, puis tout écoulement cessa. Gaze iodoformée dans ce sinus, suture du volet, pansement, etc.

Malheureusement l'anémie dans laquelle était plongé le blessé était si profonde qu'il succomba un quart d'heure après l'opération, nous laissant plus que le souvenir d'un acte hardi, original, mais aussi l'assurance que ce mode d'intervention direct, appliqué plus rapidement, aurait peut-être assuré la guérison du blessé en mettant un terme à une

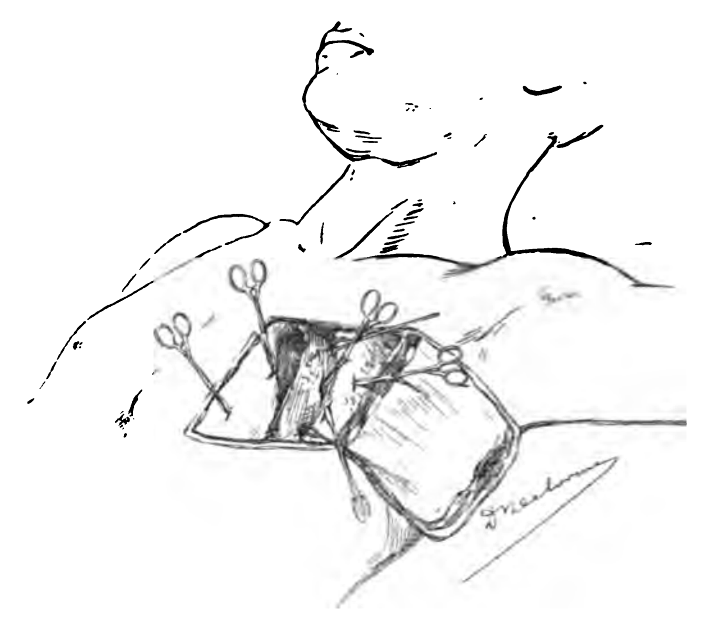


Fig. 13. — Dessin pris sur nature représentant l'opération subie par le blessé de l'observation ci-contre. Deux pinces sont placées sur le péricarde, trois sur le poumon.

hémorragie grave que tous nos autres moyens sont si impuissants à arrêter.

L'autopsie nous montra que toutes les plaies étaient oblitérées. Le cœur droit avait été très superficiellement éraflé, le péricarde était ouvert en arrière, et c'était par son ouverture que le sang, provenant de la plaie péricardique antérieure et de la paroi viscérale, s'échappait dans le sinus cardio-pulmonaire.

Ce procédé pourrait donc servir de temps préliminaire pour l'oblitération des plaies du poumon par la suture et l'arrêt de ses hémorragies par la ligature du vaisseau ou du parenchyme, ou le tamponnement avec de la gaze iodoformée; il peut, grâce à la suture ou au tamponnement iodoformé, mettre un terme à l'issue de l'air par la plaie pulmonaire; enfin il peut faciliter l'occlusion

des plaies de cœur, peut-être moins difficile qu'on le croit généralement.

Telles sont rapidement, peut-être trop rapidement esquissées, les indications d'un mode opératoire original facile, rapide et sûr, qui ne demande qu'à faire ses preuves. C'est pour lui permettre de les faire que je l'ai exposé devant vous.

M. P. MICHAUX (de Paris). — J'ai moi-même pratiqué dans ces six derniers mois trois opérations analogues à celle de M. Delorme, et je ne puis que confirmer la facilité d'exploration et de manœuvre inhérente à ce procédé. Deux fois il s'agissait d'énormes pleurésies purulentes avec épaississement de la plèvre, une autre fois il y avait une pleurésie diaphragmatique enkystée purulente. Dans ce dernier cas, grâce à une large incision de la plèvre, j'ai pu explorer facilement toute la face inférieure du poumon et arriver à mettre à nu nettement le foyer enkysté à la face inférieure du poumon; dans les deux autres faits, j'ai pu ensuite facilement nettoyer toute la cavité pleurale et la débarrasser immédiatement de toutes les membranes purulentes qui tapissaient ses parois. Le résultat a été des plus satisfaisants.

Au point de vue opératoire, la création de deux volets par une incision en I m'a paru préférable et plus commode.

Hystéropexie vaginale double,

Par M. le Dr JACOBS, Agrégé de l'Université de Bruxelles.

L'hystéropexie vaginale double, pratiquée suivant le procédé que je vais indiquer, me paraît préférable à l'hystéropexie abdominale pour le traitement de la rétroversion utérine. J'attire avec une pince le col au périnée et, sur la paroi antérieure de ce col, je fais une incision curviligne à concavité supérieure, qui me donne un lambeau que je relève; le décollement de ce lambeau met à nu une certaine partie de la face antérieure du corps de l'utérus, sur laquelle on place des points de suture allant de la base de la surface cruentée du col à la limite du décollement supérieur. Après avoir fait basculer l'utérus, serré ces points de suture, et remis en place le lambeau décollé, il ne reste plus qu'à tamponner le cul-de-sac postérieur.

M. POZZI. — Il est de toute importance d'établir des distinctions à propos des rétroversions de l'utérus. En effet, quand l'utérus est mobile, l'emploi d'un pessaire est suffisant. Quand, au contraire, la rétroversion est adhérente, il faut songer à ces adhérences et bien savoir qu'il y a toujours des lésions de l'utérus

ou de ses annexes, de sorte que, pour traiter la rétroversion, il faut s'occuper de traiter ces lésions. C'est pour cela que, malgré l'ingéniosité des procédés proposés, je n'admets pas en principe l'hystéropexie vaginale. D'ailleurs, comme l'a fait remarquer Trélat, comment peut-on prendre un point d'appui sur la paroi vaginale, essentiellement mobile?

M. CHALOT. — Dans les rétroversions adhérentes, quand le massage n'a pas donné de résultats, il faut faire la laparotomie, détruire les adhérences, et l'utérus se redresse comme un ressort. Lorsque l'utérus est mobile, l'opération d'Alexander, pratiquée d'une façon convenable, donne d'excellents résultats.

De l'arthrodèse dans le traitement du pied bot valgus paralytique,

Par le Dr T. PIÉCHAUD, Professeur de clinique chirurgicale des enfants
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le pied bot valgus est relativement rare après la paralysie infantile, dont l'expression la plus fréquente parmi les déformations qu'elle entraîne est le pied équin ou le varus équin.

Cette dernière difformité peut être corrigée par la ténotomie simple suivie de l'électrisation, par l'arthrodèse tibio-tarsienne quand les muscles sont trop altérés, ou, beaucoup plus rarement, par la tarsectomie. Il est en effet exceptionnel d'être obligé de recourir à des résections ou ablations osseuses dans le pied paralytique de l'enfance : une seule fois, depuis cinq ans, j'ai dû y recourir chez un enfant de seize ans, porteur d'un varus équin caractérisé par une extrême déformation.

Pour le pied bot valgus paralytique, la thérapeutique chirurgicale est moins connue, et l'on doit publier toutes les observations qui peuvent jeter quelque jour sur sa pathogénie, son traitement et la technique des opérations qui lui conviennent. Une fausse interprétation de la cause du déplacement peut, en effet, conduire à l'abandon de tout traitement efficace ou à un traitement trop rigoureux, et une technique défectueuse peut compromettre le résultat d'une opération excellente en elle-même. Que n'a-t-on pas proposé pour corriger une difformité tendant à s'exagérer tous les jours? Les souliers pourvus de tuteurs métalliques, la résection du col de l'astragale, la suppression du scaphoïde. Là ne semble pas se trouver la vérité : c'est trop peu ou c'est trop. L'examen clinique va nous éclairer tout d'abord sur le siège précis de la déviation et nous faire entrevoir le moyen d'y remédier.

Je ne peux présenter ici que trois observations, mais elles sont

identiques ou à peu près dans leurs détails, et je ne doute pas qu'à ce titre elles aient une réelle valeur.

Quand on examine un pied valgus paralytique, on voit qu'il porte sur le sol par son bord interne. Le gros orteil et le premier métatarsien sont plus ou moins déviés en dehors et n'appuient qu'imparfaitement pendant la marche, au moins dans la plupart des cas. Tout l'avant-pied suit cette déviation externe, tandis que l'arrière-pied reste fixé sur le sol. Mais cette fixité n'est que relative, car la voûte du calcanéum s'écrase, l'astragale se rapproche du sol, et dans son ensemble le tarse paraît comme tordu en dehors sur son axe antéro-postérieur. La torsion qu'il éprouve ainsi peut aller assez loin, et la malléole interne s'avance de plus en plus en bas. C'est ainsi que le pied, pendant la marche, appuie fortement en arrière et en dedans, tandis que le bord externe se relève surtout en avant.

Voilà ce que donne un examen rapide.

Mais quand on recherche les détails de l'attitude vicieuse, on voit de suite que la tête de l'astragale fait en dedans, sous la peau, une forte saillie; qu'elle tend à se rapprocher de plus en plus du sol, comme en témoignent l'épaississement des téguments et la formation de bourses séreuses. On voit encore que le scaphoïde s'est dérobé en dehors, entraîné par l'ensemble de l'avant-pied; et si toute la voûte du tarse s'est effacée pendant que l'ensemble du tarse, astragale non compris, a subi un mouvement d'abduction, il faut bien admettre qu'il s'est produit une certaine laxité dans les articulations sous-astragaliennes. En effet, le calcanéum se porte légèrement en dehors, tandis que l'astragale reste solidement fixé dans la mortaise tibio-péronière.

Nous ne pouvons cependant penser que les articulations sous-astragaliennes soient le centre du déplacement comme on l'a prétendu. Leur relâchement ne paraît, au contraire, que la conséquence des pressions supportées pendant la marche, quand le squelette du pied et l'articulation médio-tarsienne en particulier se trouvent incessamment soumis à une force puissante qui les dévie en dehors : nous voulons parler de l'action musculaire. En effet, si l'on veut, le malade étant couché, ramener le pied dans sa position normale, on remarque que la tête de l'astragale rentre peu à peu dans sa situation habituelle et que tout l'avant-pied tourne autour de l'énarthrose astragalienne à mesure que la tête de cet os s'efface.

On s'explique très bien comment certains chirurgiens ont proposé la résection du col de l'astragale. Chez des sujets âgés, la tête de cet os s'hypertrophie quand elle ne supporte plus de pression, et pour la faire rentrer, il faut la supprimer. Mais nous pen-

sons que, même dans ces cas anciens, la résection peut être évitée.

On s'explique encore comment l'astragalectomie a pu être faite, si l'on se souvient qu'il est des cas exceptionnels dans lesquels le pied valgus n'est qu'un hasard de déplacement produit par des pressions extérieures si la paralysie a été totale. Basculé en dehors, le pied a entraîné l'astragale, et la luxation s'est produite.

Comme toujours, dans les trois cas de valgus paralytique que nous avons observés, la déviation a été la conséquence directe des altérations de certains muscles ou groupes musculaires, et j'ajoute que la persistance de la déviation n'a point été produite par des altérations osseuses consécutives. Il est en effet très exceptionnel que ces altérations surviennent chez les pieds bots paralytiques avant un certain âge. Ce n'est donc pas à la résection qu'on devra recourir en principe, mais bien à d'autres moyens capables de ramener la force musculaire ou de maintenir en respect certaines articulations dont les liens fibreux relâchés ont permis la subluxation.

Et c'est ainsi qu'il faut avec le plus grand soin explorer l'état des muscles pour avoir d'emblée et le diagnostic et la conclusion thérapeutique.

Nos trois malades ont été examinés par le prof. Bergonié à la Clinique électrothérapique de l'hôpital Saint-André. Dans les trois cas, au milieu d'altérations musculaires variées, les muscles qui commandent l'adduction du pied se trouvaient dans une infériorité marquée vis-à-vis de leurs antagonistes. C'est ainsi que le triceps sural, le jambier antérieur et l'extenseur du gros orteil répondaient mal aux courants faradiques et aux courants galvaniques, ou présentaient la réaction de dégénérescence. Voici, d'ailleurs, quels furent les résultats de l'exploration. Nous les détachons à dessein de l'observation détaillée établissant, par le début brusque de la maladie, la marche, les troubles de la motilité, l'atrophie du système musculaire et du système osseux, le diagnostic de paralysie infantile :

1° Garçon de six ans, paralysé à l'âge de deux ans. Valgus prononcé du pied gauche.

Aux courants faradiques. — Excitabilité à peu près normale du triceps sural et du fléchisseur des orteils.

Excitabilité abolie du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil.

Excitabilité seulement diminuée de l'extenseur commun.

Aux courants galvaniques. — Pas de réaction de dégénérescence pour aucun muscle, sauf pour le jambier antérieur.

Cette première observation nous montre donc que le jambier antérieur était en dégénérescence et que l'extenseur du gros

orteil était très affaibli, tandis que l'extenseur commun et tous les autres muscles se trouvaient en état d'entraîner le pied vers l'abduction.

2° Fille de dix ans, valgus paralytique du pied gauche très prononcé.

Courants faradiques. — Excitabilité très diminuée de l'extenseur commun, des péroniers, de l'extenseur du gros orteil et du jambier antérieur.

Excitabilité abolie du triceps sural.

Courants galvaniques. — Excitabilité très diminuée du jambier antérieur, de l'extenseur du gros orteil, des péroniers.

Réaction de dégénérescence très nette sur le triceps sural.

Ici, l'ensemble des muscles adducteurs est frappé d'altération profonde, d'altération plus avancée que les muscles abducteurs, et le résultat a été : entraînement de l'avant-pied en dehors.

3° Garçon de quinze ans, paralysé à quinze mois. Valgus assez prononcé.

Courants faradiques. — Excitabilité normale des fléchisseurs et extenseurs communs, des péroniers.

Excitabilité très diminuée de l'extenseur du gros orteil, du jambier antérieur.

Excitabilité abolie du triceps sural.

Courants galvaniques. — Excitabilité diminuée mais normale au point de vue qualitatif du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil.

Réaction ambiguë de dégénérescence et excitabilité diminuée du triceps sural.

Dans cette troisième observation, les muscles adducteurs sont encore très affaiblis, mais ils sont loin d'être perdus, et le traitement électrique des muscles peut relever leur nutrition, les régénérer. Aussi avons-nous de suite abandonné l'idée d'une intervention chirurgicale. Le résultat a pleinement répondu à nos espérances, et aujourd'hui le jeune malade marche sur la plante du pied, après quatre mois d'électrisation, régulièrement faite par les soins du prof. Bergonié. Tous les muscles, autrefois affaiblis, se contractent bien au galvanique et au faradique; le triceps sural seul est encore en retard, mais il ne présente plus de réaction ambiguë de dégénérescence, et la mensuration nous montre qu'il a considérablement augmenté de volume.

Chez notre premier malade (garçon de six ans), l'électrisation, longtemps pratiquée, a laissé en pleine dégénérescence le jambier antérieur; chez la fillette de dix ans, le traitement n'a pas été tenté, mais il est à croire qu'il n'eût amené aucune amélioration du côté du triceps dégénéré. Il faut, du reste, bien se pénétrer de cette idée, que le traitement électrique n'est pas applicable chez tous les malades. Tel sujet habitant la ville aura toujours à

sa disposition les soins les plus réguliers et les plus entendus; tel autre, éloigné de tout secours, habitant la campagne, n'aura qu'une chance de guérison : l'intervention chirurgicale. Nous nous sommes rapidement décidé à opérer les deux premiers malades.

En pareil cas, l'intervention chirurgicale ne devait pas songer à supprimer un obstacle ou à détruire la tonicité des muscles abducteurs. L'une ou l'autre action aurait eu pour résultat invariable d'affaiblir encore le membre et de le laisser plus débile qu'il n'était auparavant.

Il fallait, au contraire, le ramener en adduction et l'y maintenir en s'adressant aux articulations devenues trop mobiles. Or, il est de toute évidence que les mouvements d'adduction et d'abduction ont un centre commun : l'énarthrose astragalo-scaphoïdienne, à laquelle toutes les articulations prêtent une action d'ensemble, mais cependant limitée. Ne semble-t-il pas, dès lors, que si cette énarthrose, dont la dislocation, la subluxation est évidente dans le valgus prononcé des pieds paralytiques, est rendue plus solide, le mouvement d'abduction ne se produira plus? L'opération d'Ogston, dirigée avec succès contre le pied valgus douloureux, retrouve donc ici toute sa valeur, et c'est à elle que nous nous sommes adressé en pratiquant l'arthrodèse médio-tarsienne.

Le procédé d'Ogston se propose, on le sait, d'unir l'astragale au scaphoïde, en enchevillant l'une sur l'autre les deux surfaces osseuses taillées en coin de manière à se bien pénétrer et à rester fixées. Si la valeur de cette opération est aujourd'hui bien reconnue, la difficulté de l'exécution, telle qu'elle a été proposée et telle qu'elle est encore pratiquée, ne l'est pas moins. L'enchevillement, les sutures métalliques sont d'une application pénible. Tous ceux qui ont pratiqué la tarsectomie savent combien les os du pied, chez l'enfant, offrent peu de résistance et se laissent briser, déchirer, grâce à leur structure cartilagineuse, friable. Quelle est ensuite l'utilité, dans les résections en général, des enchevillements osseux et des sutures, si l'on peut recourir à des moyens efficaces de contention? Maintenir en contact deux surfaces régulièrement avivées au moyen d'un bon appareil : telle est la formule qui doit diriger toute la technique d'une résection bien faite; et l'on peut prévoir le temps où les sutures osseuses tomberont, à juste titre, dans l'oubli.

Il suffit donc, pour le cas qui nous occupe, d'aller, par une bonne incision, à la recherche de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, de l'ouvrir largement et d'enlever à la curette tout le cartilage des deux surfaces en contact. Je suppose un instant que la tête de l'astragale, hypertrophiée, présente un volume exagéré qui ne lui permet pas de rentrer au contact du scaphoïde. Débar-

rassée de son cartilage, elle pourra rentrer dans le rang, surtout quand le scaphoïde, à son tour, aura été diminué de toute l'épaisseur de sa couche cartilagineuse. Mais cette difficulté est loin d'être fréquente, et, comme l'établissent au contraire les deux cas rapportés dans cette note, il arrivera bien plutôt que les os, une fois dépouillés, ne pourront plus être mis en contact et resteront séparés par un intervalle de deux ou trois millimètres, quelle que soit la force qu'on emploiera pour ramener, jusqu'à l'exagération, l'avant-pied en dedans : voilà un fait qui plaide encore avec énergie contre l'enchevillement ou la suture. La cicatrisation, la fusion intime des surfaces se fait quand même, comme elle se fait dans les cas de fracture où la coaptation a été relative et où l'on s'est, malgré tout, peu préoccupé de suturer les fragments. Nos deux opérés qui se sont trouvés dans de telles conditions ont guéri après deux mois d'immobilisation, et ils marchent aujourd'hui sur la plante du pied grâce à l'ankylose solide de leur articulation médio-tarsienne.

Pour obtenir ce résultat, la plaie non suturée a été renfermée dans un pansement iodoformé, et le pansement a été recouvert d'une attelle plâtrée externe pendant qu'on maintenait, jusqu'à dessiccation complète, le pied fortement incliné en dedans, et un peu en bas, de manière à rétablir la voûte plantaire.

En s'assurant, avant de recouvrir la plaie, que l'écoulement de sang est bien arrêté, on peut mener à bien la guérison avec un seul pansement; mais fallût-il au début changer la gaze iodoformée et l'attelle plâtrée, rien ne serait compromis. Chacun de nos opérés a eu deux pansements.

Il nous a paru intéressant de publier ces trois observations, car elles établissent :

1° Que le pied valgus paralytique est facilement guérissable;

2° Que l'examen électrique des muscles est nécessaire pour établir à quel traitement il faut recourir;

3° Que l'électrothérapie et l'arthrodèse se partageront les succès.

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (foie, mésentère, épiploon, espace rétro-vésical), laparotomie. Guérison,

Par le Dr Francis Villar, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'observation que j'apporte au Congrès de chirurgie n'est pas particulièrement intéressante par la multiplicité des kystes que j'ai dû extirper, quoique le fait ne soit pas très fréquent; elle tire son principal intérêt du siège de l'un de ces kystes dans la région

rétro-vésicale, de son traitement et de sa guérison par la laparotomie et la suture de la poche à la paroi abdominale.

En effet, ces kystes hydatiques rétro-vésicaux sont rares ; en outre, on a toujours cherché à les guérir par la ponction rectale ou abdominale ou bien encore par l'incision en suivant les voies rectale et périnéale.

M. Tuffier, qui vous a communiqué, en 1891, un très intéressant mémoire sur la question, ne connaissait pas à cette époque d'intervention par la voie sus-pubienne ; il l'a pratiquée et l'a défendue comme méthode de choix dans le traitement des kystes hydatiques rétro-vésicaux.

De fait, ces kystes, se développant dans le tissu cellulaire rétro-vésical, entre les vésicules séminales et le rectum, se trouvent bridés par le plancher pelvien et ne peuvent se développer que du côté de l'abdomen, en repoussant la vessie en avant.

Il faut donc les attaquer par l'incision sus-pubienne, puisqu'ils s'avancent d'eux-mêmes vers la paroi abdominale antérieure.

D'ailleurs le cas de Tuffier, celui de Schmit, communiqué dernièrement à la Société de chirurgie, un cas tout récent de M. le professeur Demons (qui n'a pas été publié) et celui que j'apporte démontrent que ces kystes hydatiques rétro-vésicaux guérissent bien lorsqu'on les traite par l'incision abdominale et la suture de la poche à la paroi.

Observation I. — L... (Pierre), âgé de trente-cinq ans, cultivateur landais. Il ne peut donner aucun renseignement sur la santé de ses parents et nous dit s'être toujours bien porté.

Il y a huit ans, le malade constata pour la première fois l'existence, à peu près dans la région de la fosse iliaque droite, de deux tumeurs du volume d'une noix, perceptibles au palper seulement, dures et régulières, ne se traduisant par aucun trouble fonctionnel. Ces deux tumeurs en grossissant se sont portées en haut et vers la ligne médiane. Malgré cet accroissement, le malade vaquait à ses occupations et ne souffrait un peu qu'en se baissant. Mais, au bout d'un certain temps, survenaient, tous les cinq mois environ, des crises douloureuses qui duraient deux ou trois jours et obligeaient le malade à garder le lit.

En dehors de ces crises, le malade éprouvait la sensation de quelque chose qui pesait sur sa vessie ; il avait des envies fréquentes d'uriner et ne rendait chaque fois qu'une faible quantité d'urine.

Pas de gêne pour aller à la selle ; pas de constipation ; parfois un peu de diarrhée.

Il y a quatre ans, une nouvelle tumeur se montra dans l'hypocondre droit, se développant d'une façon progressive, n'ayant provoqué d'autre trouble qu'un léger ictère dans le courant du mois de mai 1892, ictère qui disparut au bout de huit jours environ.

A mesure que ces différentes tumeurs augmentaient de volume, le

malade maigrissait et voyait ses forces s'affaiblir; aussi fut-il obligé de garder le lit pendant quatre mois.

La défécation et l'éjaculation s'accomplissaient normalement; par contre, la miction était de plus en plus gênée; pesanteur dans le bas-ventre.

Mon excellent ami, le Dr Paul Cazaux (de Luë), appelé auprès du malade, ponctionna les tumeurs; une première fois, il retira un litre environ de liquide très clair; une deuxième ponction donna issue à des vésicules caractéristiques; il s'agissait donc de kystes hydatiques.

De passage dans les Landes, je vois le malade pour la première fois au mois de mai ou juin 1892; je conclus à l'existence d'un kyste hydatique du foie, de kystes du mésentère et d'un kyste rétro-vésical. Je conseille l'opération radicale, la laparotomie, étant donnée la multiplicité des kystes.

Le malade est envoyé à l'hôpital Saint-André le 3 juillet de l'année dernière; il est placé par erreur dans le service de M. le professeur Picot. Celui-ci pratique sept à huit ponctions dans le kyste du foie, sans pouvoir obtenir une goutte de liquide; la dernière ponction, faite avec un gros trocart, donna issue à deux vésicules.

La ponction, pratiquée au niveau du kyste sus-pubien, permet de retirer quelques gouttes de liquide.

Le *20 juillet*, le malade passe dans le service de M. le professeur Demons. Voici quel était son état à cette époque :

L'examen local permet de constater l'existence de plusieurs tumeurs abdominales :

1° Dans l'hypocondre droit, on trouve une tumeur dure, lisse, mate à la percussion, cette matité se continuant avec celle du foie; la tumeur, volumineuse, dépasse la ligne médiane à gauche, suit en arrière le bord inférieur du foie et descend jusqu'au niveau de l'ombilic;

2° Au-dessous de l'ombilic, et sur la ligne médiane, on sent une petite tumeur, également dure, régulière (poche kystique guérie) et un peu à droite trois autres tumeurs du volume du poing environ; l'une de ces tumeurs semblait l'emporter par son volume sur les deux autres;

3° Une autre tumeur existe au-dessus du pubis, rappelant un peu la vessie distendue, régulière, rénitente, du volume d'une grosse orange et paraissant assez mobile lorsqu'on lui imprime des mouvements de latéralité.

On ne perçoit le frémissement hydatique dans aucune de ces tumeurs; cependant, en pressant celles qui sont situées au centre de la cavité abdominale, on a la sensation d'un frottement un peu spécial.

Le doigt, introduit dans le rectum, tombe à une certaine distance de l'anus sur une tumeur dure, saillante, qui déprime la paroi rectale antérieure; les mouvements imprimés à la tumeur sus-pubienne se transmettent au doigt intra-rectal.

Depuis trois semaines, le malade éprouve une grande difficulté pour uriner; le cathétérisme est difficile.

L'état général est mauvais : amaigrissement considérable, teint cachectique, faiblesse extrême; le malade a perdu l'appétit.

Opération. — M. le professeur Demons ayant bien voulu me confier son service pendant le temps des grandes vacances, j'intervins le 28 juillet 1892.

Le malade est purgé la veille de l'opération. Chloroforme. Cathétérisme. Précautions antiseptiques pré-opératoires.

Je pratique sur la ligne blanche une incision s'étendant de la symphyse pubienne à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; j'extrais par cette voie six kystes hydatiques de volume inégal; le plus gros offre presque les dimensions d'une tête de fœtus, le plus petit celle d'une pêche. Trois de ces kystes sont reliés entre eux par de véritables pédicules. Ils sont situés les uns dans l'épaisseur de l'épiploon et les autres dans le mésentère : leur situation spéciale nous avait empêché de les reconnaître tous par l'examen clinique.

Le gros kyste adhère d'une façon assez intime à une anse intestinale.

L'énucléation de ces différentes tumeurs est assez facile; cependant les adhérences nombreuses et très vasculaires exigent l'application d'un certain nombre de pinces hémostatiques qui sont ensuite remplacées par des ligatures au catgut.

Outre ces kystes volumineux, j'en extirpe encore un certain nombre du volume d'une cerise ou d'une tête d'épingle noire.

Je m'occupe alors du kyste rétro-vésical; ce kyste, assez volumineux, s'étend à droite sur les vaisseaux iliaques externes, dont je le sépare facilement; il est recouvert par le péritoine qui se continue en avant sur la vessie. J'incise le feuillet péritonéal et je cherche à énucléer le kyste, à le séparer des parties voisines, en particulier de la vessie; pendant cette manœuvre, la pince qui le soulève en déchire la paroi, et du liquide kystique s'écoule dans la cavité abdominale. Lavage au sublimé. J'examine les connexions de la tumeur et, ayant constaté son adhérence au niveau de la base de la prostate, je me contente de l'aboucher à la partie inférieure de la plaie abdominale (marsupialisation).

Il ne me restait plus qu'à attaquer le kyste hépatique; je prolonge l'incision à la partie supérieure et je tombe sur un énorme kyste sillonné de grosses veines dilatées; l'incision de ce kyste donne issue à plus de deux litres d'un liquide légèrement purulent contenant un nombre considérable d'hydatides.

Je dois le dire en passant, tous les kystes étaient bourrés de vésicules. Je ne pouvais songer à extirper cette énorme poche qui occupait toute l'étendue du bord intérieur du foie; je fixai donc sa paroi extrêmement épaisse à la plaie abdominale au moyen de fils de soie et en établissant deux étages de suture.

Après avoir fait la toilette du ventre, après avoir suturé la paroi abdominale et complété la fixation de celle-ci avec les kystes hépatique et rétro-vésical, je pratiquai dans la cavité de ces derniers des lavages avec une solution tiède et faible de sublimé.

Drainage des kystes avec de la gaze iodoformée; pansement.

L'opération avait duré deux heures.

Les suites en ont été excellentes. Le jour de l'opération, le malade s'est plaint à peine d'un peu de gêne dans le bas-ventre. Il a uriné sans

difficulté vers cinq heures du soir; les urines rouges étaient en grande quantité. Pas de vomissements. Champagne frappé et bouillon glacé. Température, 37°,8.

29 juillet. — Le malade a passé une bonne nuit. État général excellent. Miction facile. Pouls, 120. Température : m., 37°,6; s., 37°,2.

Pansement : Lavage du kyste du foie (issue d'hydatides). Ventre souple.

30 juillet. — État excellent. Température : m., 36°,8; s., 37°,4.

31 juillet. — Température : m., 37°,4; s., 38°.

1er août. — On cesse le champagne; lait et bouillon. Température : m., 37°,2; s., 37°,6.

2 août. — Pansement. Lavage des kystes avec du sublimé tiède.

On continue à faire le pansement tous les jours. Température : m., 37°; s., 37°,4.

3 août. — Température, m., 37°; s., 37°,2.

4 août. — Le malade n'étant pas allé à la selle depuis quatre jours, on lui administre un lavement. Température : m., 37°,4; s., 38°.

5 août. — Les forces reviennent. Le malade commence à manger de la viande. Température : m., 38°; s., 37°,4.

6 août. — Température : m., 36°,8; s., 37°,2.

8 août. — Température : m., 37°; s., 37°,6.

9 août. — Température : m., 37°,6; s., 37°,4.

10 août. — J'enlève les points de suture; plaie cicatrisée par première intention sur l'incision abdominale. Lavage des deux poches avec de l'eau boriquée. La poche sus-pubienne commence à se combler; on ne peut y enfoncer qu'un petit tampon. Température : m., 37°,4; s., 37°,6.

16 août. — La cicatrisation marche rapidement. Appétit excellent. Le malade reprend des forces.

19 août. — Le malade se lève pour la première fois; il s'est un peu promené dans la salle.

20 août. — Poids du malade : 51 kilogrammes.

1er septembre. — La poche sus-pubienne est complètement bouchée. Cicatrisation parfaite. La poche hépatique a considérablement diminué; son orifice extérieur laisse à peine passer une des branches d'une pince à artères. Le malade a un appétit féroce; il se promène toute la journée.

5 septembre. — Poids du malade : 54 kilogr. Il a gagné 3 kilogrammes en quinze jours.

15 septembre. — Poids : 55 kilogrammes.

Le malade quitte l'hôpital le 21 septembre : il aurait pu partir plus tôt, mais il ne se souciait guère de rentrer chez lui.

A sa sortie il est en parfait état de santé; l'orifice du kyste hépatique est à peine perceptible.

J'ai eu depuis des nouvelles de mon opéré, qui continue à se bien porter.

Je me permettrai de rappeler, sous forme de conclusions, les points intéressants de cette observation :

1° Multiplicité des kystes hydatiques;

2° Existence d'un kyste rétro-vésical;

3° Les troubles de la miction et la difficulté du cathétérisme dus à la présence de ce kyste;

4° Les connexions de ce kyste avec la vessie, le rectum, la base de la prostate;

5° Le traitement de ce kyste par la laparotomie et la suture de la poche à la paroi abdominale;

6° Le bon résultat opératoire et thérapeutique de mon intervention.

M. PONCET. — Ce cas a été peut-être favorisé par des circonstances heureuses qui ne se présentent pas toujours, et je crois qu'il faut faire des réserves au point de vue de la gravité de l'intervention par la voie abdominale, en ce qui concerne les kystes rétro-vésicaux. J'ai été convaincu, pour deux cas où la terminaison a été mortelle, que chez la femme l'hystérectomie vaginale aurait été préférable à la laparotomie.

M. DEMONS (de Bordeaux). — Depuis le succès obtenu par M. Villar, j'ai observé un cas semblable de kyste rétro-vésical; je l'ai traité de la même façon et le résultat a été aussi parfait.

Du plan incliné à 45°. Ses avantages en chirurgie abdominale. Etude fondée sur 102 opérations,

Par le Dr H. DELAGENIÈRE (du Mans).

Le plan incliné à 45° d'après les indications de Trendelenburg était déjà employé en Allemagne par plusieurs chirurgiens pour pratiquer les opérations abdominales lorsque j'y eus moi-même recours.

Je me proposais : 1° de supprimer tout rôle actif à mon aide; 2° de me débarrasser des intestins pendant toute la durée de l'acte chirurgical.

Ma première laparotomie sur le plan incliné fut pratiquée le 18 novembre 1890 [1]. Les avantages de cette position déclive me parurent tellement considérables que depuis cette époque j'y ai eu recours pour la plupart de mes laparotomies et pour mes tailles. (Ma première taille sur le plan incliné date du 3 décembre 1890.)

1. Cette observation est citée par mon ami le Dr M. Baudouin comme étant le premier cas de laparotomie faite en France sur le plan incliné (*Gaz. des hôp.*, 13 décembre 1890, p. 1330).

J'affirmai bientôt cette manière de voir dans un travail [1] dont le but était de mettre en relief les avantages de la méthode, de rassurer sur les dangers de la chloroformisation dans cette position, et enfin de faire connaître un appareil fort simple dont je me servais alors pour incliner ma malade à 45°.

C'était une simple table de bois blanc [2] mesurant 1 m. 63 de longueur afin de pouvoir y étendre la malade à plat si pour une raison quelconque il devenait nécessaire de revenir au décubitus horizontal à un moment de l'opération. Cette table était haute de 72 centimètres et large de 50.

Pour incliner la malade, je me servais d'une sorte de pupitre en bois blanc large de 45 centimètres et dont les plans inclinés formaient avec l'horizon un angle de 45°.

Ce pupitre pouvait être placé indistinctement sur l'une ou l'autre de ses faces dont les longueurs étaient inégales à dessein afin de pouvoir servir à des sujets de taille différente. En effet une des faces mesurait 0 m. 80 et l'autre 0 m. 85. La malade était accrochée par les jarrets à l'angle supérieur du pupitre. Les jambes restaient pendantes sur le côté ouvert du pupitre où on les fixait avec une serviette sur une traverse disposée à cet effet. Les cuisses, le bassin, le dos reposaient sur le pupitre tandis que la tête et le cou appuyaient sur un oreiller placé sur la table.

Cet appareil primitif avait l'inconvénient d'être d'un maniement incommode lorsqu'on voulait replacer la malade dans le décubitus. En outre lorsque le pupitre était enlevé on ne pouvait plus reprendre la position déclive et on devait terminer l'opération sur une table beaucoup trop basse. Enfin en soutenant la tête et le cou avec un oreiller on gênait considérablement la respiration de la malade dont le menton devait être soutenu et attiré en haut pendant tout le temps de la chloroformisation [3].

Toutes ces raisons m'amenèrent à faire construire une table à bascule pouvant incliner la malade à 45°. J'ai présenté cette table en 1892 à la 6e session du Congrès français de chirurgie. Levée, elle représente une table ordinaire. Baissée, elle forme avec l'horizon un angle de 45°.

La malade est maintenue sur le plan incliné par les jarrets, mais sa tête repose sur le plan lui-même, ce qui permet au chlorofor-

1. Du plan incliné dans certaines laparotomies (8 cas). *Progrès médical*, 14 mars 1891, p. 206, et n° suivant.

2. Cette table et le pupitre sont figurés dans l'article sus-mentionné du *Progrès*.

3. Pour les détails de la chloroformisation sur le plan incliné, voir dans les *Annales prov. de Chir.*, 1er novembre 1892, un article fort bien fait du Dr Bolognesi.

misateur de ne plus se préoccuper de maintenir la mâchoire soulevée [1].

Pour se servir de cette table, on place la malade endormie de façon que les jarrets correspondent à l'articulation mobile, les jambes sont fixées avec une serviette à la traverse sur laquelle elles reposent. On peut alors à volonté abaisser et relever la malade presque instantanément.

J'insisterai sur la nécessité absolue d'incliner la malade au moins de 45°. En effet le grand avantage de la position déclive est de débarrasser l'opérateur des anses intestinales, or ces anses

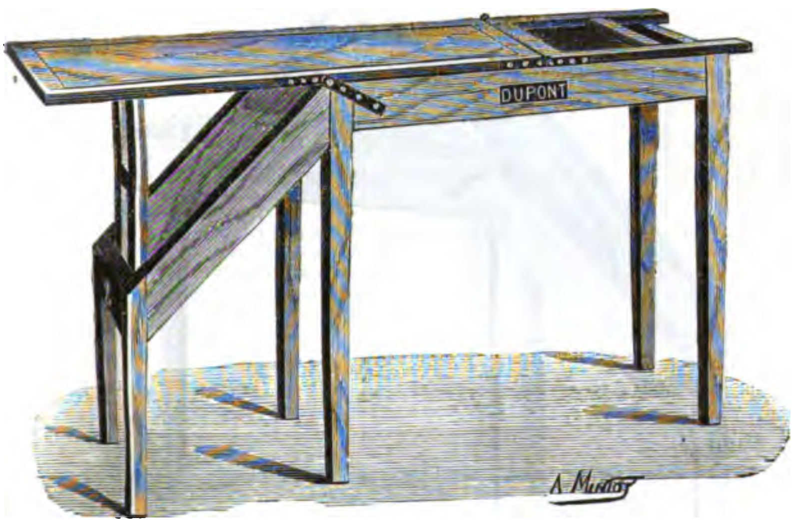


Fig. 11.

intestinales ne peuvent obéir d'une façon efficace aux lois de la pesanteur que si le tronc est abaissé de 45°. Nous nous sommes souvent rendu compte de ce fait en n'inclinant que partiellement la malade. Une inclinaison de 25 ou 30° nous a paru absolument insuffisante pour atteindre le résultat cherché; le bassin ne se vide pas spontanément des anses intestinales qui y restent mêlées aux organes pelviens et aux doigts de l'opérateur.

Si maintenant nous comparons rapidement entre elles les différentes positions utilisées pour les laparotomies, nous verrons que le décubitus dorsal est peut-être la moins favorable.

Dans cette situation en effet, le plan du détroit supérieur du bassin forme avec l'horizon un angle d'environ 25°, de sorte

1. Cette table est représentée dans l'article sus-mentionné du Dr Bolognesi, pendant une opération.

que l'opérateur est gêné non seulement par les anses intestinales, mais encore par la ceinture osseuse.

Cet inconvénient a conduit certains chirurgiens à placer leurs malades dans une position intermédiaire à la position assise et à la position couchée.

Dans ces conditions en effet, le plan du détroit supérieur est horizontal et on a plus facilement accès dans le fond du bassin. Nous avons eu l'occasion de voir au dernier congrès de Bruxelles le Dr Martin (de Berlin) employer cette position pour une hysté-

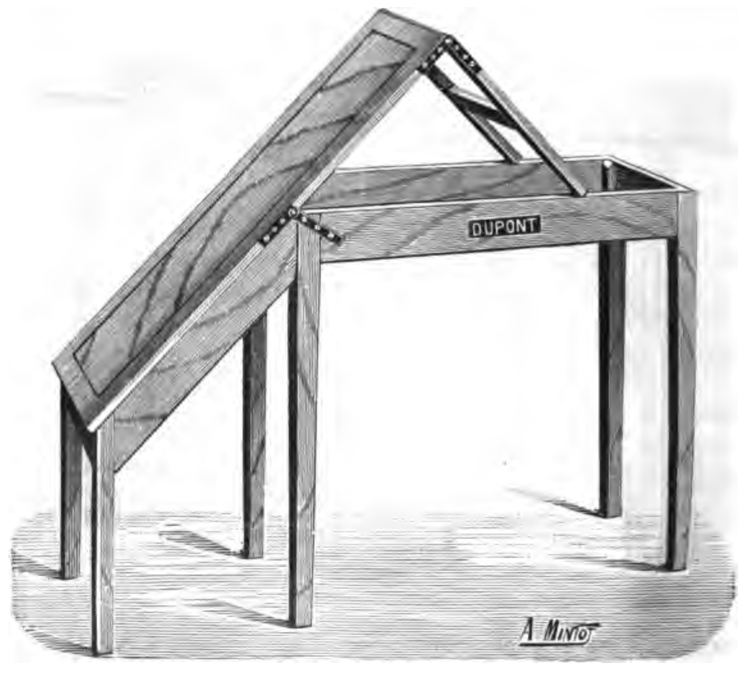


Fig. 15.

rectomie abdominale totale, mais nous n'avons pas été séduit par les avantages de la méthode. En effet le plus gros obstacle persistait encore, les anses d'intestin étaient là, s'échappant à tout instant des mains d'un aide qui n'avait pas d'autre fonction que de les maintenir.

La position inclinée à 45° peut seule nous débarrasser des intestins qui obéissent à la pesanteur pour se porter vers la concavité du diaphragme. Dans cette nouvelle position le plan du détroit supérieur forme avec l'horizon un angle de 70° environ, c'est-à-dire que ce plan est presque vertical. Il s'ensuit que pour opérer dans le fond du bassin le chirurgien devra agir devant lui dans un plan sensiblement horizontal, au lieu d'agir suivant un

plan vertical. Est-ce là un inconvénient? Nous ne le pensons pas. Tout au plus serait-ce une habitude à prendre, chose autrement facile que de se débarrasser des anses intestinales qui vous harcèlent sans cesse dans les autres positions.

Tableau des opérations pratiquées sur le plan incliné.

NATURE DE L'OPÉRATION	Guérisons	Morts	Totaux
Lap. exploratrices pour cancer de la partie sup. du rectum et du cæcum suivies d'interventions diverses....	5	2	7
Lap. exploratrices pour traitement d'anus contre nature, suivies d'interventions..........	1	1	2
Lap. pour péritonites tuberculeuses..........	3	»	3
Castration pour ovaro-salpingites non purulentes......	10	2	12
Castration pour ovaro-salpingites compliquées de grossesse..........	1	»	1
Castration pour ovaro-salpingites compliquées d'hématocèle..........	4	»	4
Hystéropexies pour rétro-déviations douloureuses......	9	»	9
Hystéropexies pour prolapsus..........	2	»	2
Opérations d'Hégar..........	12	1	13
Ovariotomies pour kystes multiloculaires..........	13	»	13
Ovariotomie pour kyste multiloculaire et grossesse.....	1	»	1
Ovariotomies pour tumeur solide de l'ovaire..........	1	»	1
Lap. pour suppurations pelviennes..........	21	»	21
Hystérectomies abdominales pédicule extérieur........	3	2	5
Opération de Porro..........	1	»	1
Hystérectomie abdominale pédicule intérieur..........	1	»	1
Hystérectomie abdominale totale..........	2	1	3
Tailles hypogastriques pour calculs..........	2	»	2
Taille hypogastrique pour papillome..........	1	»	1
	93	9	102

Dans la position inclinée à 45°, l'ouverture du ventre peut se faire avec la même facilité et la même sûreté que dans la position horizontale, mais il sera préférable de faire ce premier temps de l'opération avant d'incliner la malade, l'inclinaison n'étant utile que pour l'intervention elle-même. Dès que la séreuse est ouverte nous faisons incliner la malade et nous voyons alors s'opérer sous nos yeux le déplacement des anses intestinales, à moins qu'elles ne soient maintenues par des adhérences. Le bassin se vide pour ainsi dire de lui-même, offrant à la vue les organes qu'il renferme.

L'examen méthodique de ces organes peut se faire non seulement par le toucher mais par la vue; les instruments, les doigts sont guidés non plus seulement par le sens du toucher, mais encore par l'œil; en un mot, la certitude dans l'acte opératoire, qui seule peut amener la sécurité absolue, succède à l'incertitude.

Il en sera de même pour ces points si importants de la chirurgie abdominale, la toilette du cul-de-sac de Douglas, la désinfection, des foyers infectés, l'établissement des tubes à drainage.

Tout cela se fait à ciel ouvert en dehors de l'intestin qui se trouve par suite à l'abri d'inoculations.

Enfin la fermeture de la paroi se trouve aussi simplifiée, à la condition de commencer à fermer la séreuse du côté de l'ombilic. Là en effet on rencontre les anses intestinales, que l'on voit et qu'on peut facilement préserver avec une compresse, puis on termine vers le pubis dans un point où *il n'y a plus d'anses intestinales* et où aucun accident n'est à craindre.

Lorsque le péritoine est fermé complètement, on peut replacer la malade dans le décubitus dorsal pour faire les sutures de la peau et le pansement.

Nous allons maintenant passer en revue les avantages que peut présenter le plan incliné dans les différents types d'opérations pour lesquelles nous l'avons employé.

1° *Interventions sur le péritoine seul.* — Certaines laparotomies exploratrices peuvent tirer un grand avantage de l'emploi du plan incliné, lorsque par exemple la lésion présumée siège dans le bassin ou les fosses iliaques. C'est ainsi que nous en avons tiré un parti excellent pour 2 cas d'anus contre nature consécutifs à des kélotomies pour étranglement herniaire. — Dans un de ces cas, il n'existait pas d'éperon, le bout supérieur s'abouchait directement avec la peau tandis que le bout inférieur s'était rétracté en arrière de l'anneau. Lorsque le ventre fut ouvert et les adhérences détachées une à une, rien ne fut plus simple que de voir, appendues au niveau de la fossette moyenne, les 2 anses d'intestin dont l'une était rétractée dans la cavité abdominale. L'entéro-anastomose fut pratiquée avec une grande facilité.

Dans le 2e cas, la fistule stercorale qui donnait issue aux matières fécales était étroite, et l'index introduit ne découvrait pas d'éperon. L'application de l'entérotome devenait impossible. Je pratiquai sur le plan incliné une laparotomie exploratrice et après avoir détaché de nombreuses anses intestinales agglutinées, j'arrivai à découvrir les deux anses accolées qui venaient s'ouvrir dans un infundibulum extrêmement profond. Rien ne fut dès lors plus facile que d'appliquer avec toute la sécurité désirable une longue pince clamp destinée à ouvrir une communication entre les 2 anses.

Enfin, dans 2 cas de cancer du cæcum, l'exploration fut très simplifiée et l'opération d'entéro-anastomose pratiquée dans l'un de ces cas fut rendue relativement facile.

Les interventions pour péritonites tuberculeuses nous ont paru tirer de la position déclive certains avantages au sujet de l'exploration de la vessie, des annexes, et de l'appendice cæcal. Nous

ajouterons que le lavage du péritoine a été effectué avec la même facilité que dans le décubitus dorsal.

2° *Salpingo-oophorectomies simples.* — Nous voulons parler des opérations pratiquées pour des hydro, hémato-salpingites, des ovarites kystiques, les castrations pour les petits corps fibreux, etc. Dans ces cas l'opération est réduite à son minimum; c'est une intervention sans importance.

Dès que la paroi est incisée et que la malade est abaissée, les intestins se retirent d'eux-mêmes et disparaissent vers le diaphragme. Le fond de l'utérus s'aperçoit immédiatement, le poids de l'organe l'attire pour ainsi dire entre les lèvres de l'incision. Sur ses côtés apparaissent les annexes que l'on a à enlever. Il suffit de rompre les quelques adhérences qui se trouvent autour des organes malades pour former rapidement le pédicule sur l'angle utérin et pratiquer l'excision. Ces opérations très simples s'exécutent, pour ainsi dire, en dehors de la cavité abdominale sans que l'intestin ait été même aperçu et sans qu'on ait fait courir le moindre risque d'infection à la malade. En outre, une incision petite, de 6 centimètres environ, est suffisante, et met autant à l'aise qu'une incision de 12 centimètres, dans le décubitus dorsal.

3° *Hystéropexies.* — Qu'il s'agisse d'un prolapsus utérin ou d'une rétroversion adhérente, ce qu'il importe, c'est d'avoir le cul-de-sac de Douglas libre et d'un accès facile, pour saisir l'utérus ou l'isoler, puis pour l'amener au niveau du péritoine pariétal. Dans la position déclive, les anses d'intestin ne gêneront pas l'opérateur, et ce premier temps de l'opération sera de la plus grande simplicité. Quant à la fixation elle-même, elle se fera tout aussi simplement que dans le décubitus dorsal; il sera même plus facile de vérifier la situation exacte et l'accolement de l'utérus dans cette position. En outre, après la fixation, on pourra très facilement nettoyer le cul-de-sac de Douglas dans lequel s'accumule toujours un peu de sang provenu soit de la libération des adhérences utérines, soit des piqûres faites à l'utérus pour sa fixation.

La fermeture de la paroi ne présente rien de spécial; nous la croyons aussi facile et peut-être d'une exécution plus sûre.

4° *Opérations d'Hégar.* — Nous avons vu que les castrations pour les petits corps fibreux étaient des opérations fort simples, encore simplifiées par l'emploi du *plan incliné*. Si le volume de l'utérus est considérable, on pourrait se demander si cette position présente les mêmes avantages. En effet, dans les grosses tumeurs utérines, les anses d'intestin gênent peu, et par suite, l'indication principale du *plan incliné* n'existerait plus. Nous pensons néanmoins que l'inclinaison du bassin peut procurer certains avantages en permettant d'utiliser la pesanteur pour *désenclaver* et rapprocher

la tumeur de la paroi. La recherche des annexes, souvent si difficile, sera simplifiée ainsi que leur extirpation, si celle-ci est possible. Dans le cas contraire, la malade se trouve dans la position la plus favorable pour subir l'hystérectomie abdominale, qui se trouve alors indiquée.

5° *Ovariotomies.* — Il s'agit des kystes multiloculaires des ovaires ou de tumeurs ayant acquis un volume considérable. D'une façon générale, lorsqu'il existe dans le bassin une tumeur volumineuse, cette tumeur devient plus apparente, fait sous la paroi une saillie plus considérable dès que l'on incline la malade. Il n'est pas rare en effet de voir se dessiner très nettement une tumeur sous la paroi lorsque la malade est placée sur le plan incliné, tandis que cette tumeur disparaît totalement à la vue dans le décubitus dorsal. C'est que, dans la position inclinée, la tumeur est seule dans le bassin; en outre, elle obéit aux lois de la pesanteur, qui, en l'attirant vers le diaphragme, la rapproche en même temps de la paroi abdominale; fait important à connaître, et qui peut rendre de grands services pour certains diagnostics difficiles à établir.

Pour en revenir à nos ovariotomies, dans les cas simples, le kyste se présente au niveau de l'incision où il s'offre pour ainsi dire de lui-même à la ponction. Celle-ci sera facile à pratiquer et dès que le volume du kyste diminuera, on attirera peu à peu la poche en dehors du ventre, sans se préoccuper des intestins qui n'ont aucune raison pour quitter la cavité du diaphragme dans laquelle ils sont tombés. Le pédicule et l'angle utérin sont attirés au niveau de la petite incision où le pédicule sera lié comme à l'ordinaire.

Si le kyste présente des adhérences, il suffira de faire une incision plus grande qui permette d'en atteindre la limite supérieure pour en séparer les intestins. Dans ces conditions, toutes choses étant égales, l'isolement du kyste, le traitement du pédicule se feront mieux et plus sûrement sur le plan incliné. Enfin si la tumeur est solide ou seulement en partie réductible par la ponction, il suffira de proportionner l'incision abdominale au volume de la tumeur; le reste de l'opération étant exactement semblable aux cas ordinaires.

6° *Laparotomies pour suppurations pelviennes.* — C'est peut-être dans ces cas que la position déclive rend les plus grands services. Nous serions même tentés de dire que l'emploi du *plan incliné* pour ces opérations permet seul de réaliser les conditions requises pour mener à bien l'opération, c'est-à-dire pour ne pas infecter le péritoine au cours de l'intervention.

La rupture de poches contenant des liquides septiques est pour ainsi dire inévitable dans ces opérations, de telle sorte qu'il

importe au plus haut chef que les intestins ne viennent à aucun moment inoculer leur séreuse au contact de ces foyers infectés. C'est là, sans doute, la principale raison des insuccès fréquents de certains chirurgiens, insuccès dont la conséquence a été de chercher à substituer à l'opération directe l'hystérectomie vaginale, opération indirecte et *a priori* inférieure.

Il ne s'agira dans la description qui va suivre que des cas compliqués, c'est-à-dire des pyo-salpingites avec foyers de péritonite enkystée avec ou sans fistule interne.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve fréquemment l'épiploon adhérent en bas près des parties malades. On le détachera, puis on le laissera par son propre poids disparaître vers le diaphragme. Si une résection partielle de cet épiploon est nécessaire, on la fera de suite, posant immédiatement en principe que rien d'infecté, ou pouvant l'être, ne doit être abandonné dans le ventre, même momentanément.

Au-dessous de l'épiploon, les anses d'intestin plus ou moins agglutinées entre elles apparaissent adhérentes à la tumeur. On devra les décoller en bloc avec patience des poches infectées; ce temps de l'opération est le plus délicat. On ne procédera qu'en garantissant avec soin les parties sur lesquelles on opère au moyen de tampons montés et de compresses absorbantes. Si des foyers de pelvi-péritonite sont ouverts, il faudra en enlever le contenu avec des tampons, extraire les parties concrétées avec une curette, puis désinfecter la cavité successivement avec de la solution phéniquée forte et de sublimé au millième. On poursuivra ainsi ce décollement intestinal jusque dans le fond de la cavité de Douglas; puis quand il sera terminé, on garantira soigneusement avec des compresses cette barrière intestinale qu'on repoussera en bloc vers la cavité abdominale avant d'intervenir sur la lésion elle-même.

L'intervention sera alors très simplifiée, car d'une part on n'aura pas à se préoccuper des intestins isolés et refoulés, et d'autre part les lésions apparaîtront au niveau de l'incision abdominale. S'il existe des poches volumineuses, on pourra en évacuer le contenu avec un appareil aspirateur, mais avant tout on devra chercher l'utérus, repère important pour agir rapidement et sûrement. En effet, l'utérus trouvé, on libérera sa face postérieure, isolant ainsi en avant la masse qui a été isolée en arrière. Puis, arrivé dans le cul-de-sac de Douglas, on pédiculisera de chaque côté, séparant les lésions droites des lésions gauches. Cet isolement nécessitera parfois une dissection minutieuse du cæcum ou du rectum; il ne sera pas rare de trouver des perforations intestinales, toutes lésions que l'on voit facilement grâce à l'incli-

naison de la malade, et auxquelles il sera facile de porter remède en agissant directement, c'est-à-dire en en pratiquant la suture.

Les lésions de l'utérus, de la vessie et des autres organes seront aussi plus faciles à reconnaître et les interventions qu'elles nécessiteront seront d'une exécution plus simple.

Lorsque les parties malades ont été enlevées en totalité, que les sutures intestinales ou autres ont été pratiquées, on devra procéder au nettoyage parfait de la cavité de Douglas, puis à sa désinfection au moyen de liquides antiseptiques puissants, mais *employés avec la plus grande parcimonie*. Un tube à drainage sera installé dans le fond du cul-de-sac de Douglas; pour passer derrière l'utérus, on retirera les compresses qui garantissaient l'intestin, on attirera l'épiploon en avant de l'intestin, puis on terminera l'opération en fermant la paroi comme d'habitude.

J'ai suivi exactement et strictement les règles que je viens d'énoncer dans 21 cas de suppurations pelviennes et dans 4 cas d'ovaro-salpingites compliquées d'hématocèle rétro-utérine, et je n'ai pas perdu une seule de ces 25 malades.

7° *Hystérectomies abdominales.* — Nous distinguerons les cas d'hystérectomie abdominale avec conservation d'un pédicule et les cas d'hystérectomie abdominale totale.

a. Hystérectomie abdominale avec pédicule. — Nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit au sujet des tumeurs solides de l'ovaire. L'incision de la paroi doit être proportionnée au volume de la tumeur dont l'accouchement à travers la paroi constitue le premier temps de l'opération. Le traitement du pédicule constitue le point important de l'opération. Or c'est précisément cette partie de l'opération qui se trouve considérablement simplifiée dans la position déclive. Le poids de la tumeur tend, pour ainsi dire, les ligaments larges; le placement des broches, ou la suture du moignon utérin se font plus facilement; toujours pour cette même raison que les parties sur lesquelles on intervient se présentent d'elles-mêmes au niveau de l'incision de la paroi. En outre, l'inoculation de la cavité péritonéale par la muqueuse utérine lorsque la tumeur a été enlevée, est beaucoup plus facile à éviter en prenant les précautions que nous avons indiquées pour les cas de suppurations pelviennes.

b. Hystérectomie abdominale totale. — Il n'y a peut-être pas une opération qui retire de l'emploi du plan incliné de plus grands avantages que l'hystérectomie abdominale totale; on retrouve pour les premiers temps de l'opération ce que nous avons dit précédemment au sujet des anses intestinales, etc. Mais c'est surtout pour l'extirpation du col et son isolement du vagin que cette position est indispensable. Le vagin toujours très profondément

situé devient très accessible, il subit pour ainsi dire un mouvement d'ascension progressif à mesure que l'isolement de la masse s'effectue, et rien ne devient plus facile que de l'inciser circulairement pour enlever définitivement la tumeur.

Lorsque la tumeur est enlevée, il faut procéder à une hémostase parfaite des artères vaginales qui fournissent beaucoup de sang, ce qui serait absolument impossible à bien faire si la position déclive ne permettait pas de voir et d'agir dans ces parties profondes. C'est sans doute cette difficulté de faire l'hémostase dans le décubitus dorsal qui a conduit Doyen (de Reims) à placer par le vagin des pinces à demeure sur les débris des ligaments larges et sur les artères vaginales comme on le fait dans l'hystérectomie vaginale. Assurément cette pratique de M. Doyen serait rationnelle si l'hystérectomie vaginale avec ses pinces à demeure représentait l'idéal de la perfection, mais tel n'est pas notre avis; pince à demeure en tant qu'hémostase définitive est un pis-aller, seulement acceptable quand on ne peut faire mieux, ce qui n'est pas le cas ici. A l'exemple de Martin (de Berlin) il faut non seulement faire une hémostase complète, mais encore fermer complètement par une suture à surjet la cavité péritonéale en adossant le péritoine qui tapissait la face antérieure de la tumeur à celui de la face postérieure. Or ce temps de l'opération s'exécute avec une facilité parfaite dans la position déclive.

Nous n'avons jusqu'à ce jour pratiqué que 3 hystérectomies abdominales totales pour des cas inopérables par tout autre procédé. Il s'agissait de grosses tumeurs fibreuses incluses dans le ligament large ou enclavées, chez des femmes épuisées. Notre première opérée succomba, les 2 autres guérirent.

8° Nous avons eu l'occasion d'employer le plan incliné pour explorer *de visu* des cancers de la partie supérieure du rectum (5 cas). Il s'agissait d'établir avec précision l'étendue de la lésion afin d'agir en conséquence, et de pratiquer suivant le cas l'opération de Kraske par le procédé de Schede ou simplement, si la tumeur ne pouvait être enlevée, un anus contre nature définitif. Deux fois, la tumeur qui paraissait mobile fut trouvée intimement fusionnée à la vessie, et dans un de ces cas une masse ganglionnaire pré-vertébrale put être suivie jusque dans la région rénale.

Or dans tous ces cas le toucher seul ne donnait que des renseignements incomplets, tandis que dans la position déclive le rectum pouvait être vu jusqu'au fond du cul-de-sac recto-vésical et la partie supérieure du néoplasme pouvait être examinée à loisir.

9° *Opérations sur la vessie.* — Elles sont extrêmement simplifiées. Nous n'avons eu l'occasion de pratiquer que 3 tailles hypogastriques sur le plan incliné, l'une pour un fragment de calcul

lithotritié implanté dans l'urètre prostatique. La cystite était si intense que la vessie ne contenait que 40 grammes de solution boriquée, et que sous chloroforme on ne put en injecter que 60 grammes. Malgré ce petit volume de la vessie la position déclive permit de bien voir l'ouverture de l'urètre et d'y saisir non sans difficulté le fragment de calcul qui était complètement enfoncé dans l'épaisseur de la prostate.

La deuxième taille fut pratiquée à un vieillard pour 2 calculs vésicaux. L'opération fut des plus simples, et l'avantage de la position déclive fut manifeste, surtout pour la suture de la vessie qui put être faite avec une précision parfaite.

Enfin notre troisième taille fut faite pour un cas de cystite tuberculeuse avec concomittance d'un papillome vésical. Ce néoplasme implanté près du col vésical fut facilement aperçu et enlevé grâce à la position déclive.

L'utilité du plan incliné dans les opérations pratiquées sur la vessie nous paraît assurément moins considérable que celle qu'il présente dans les interventions intra-péritonéales. Néanmoins il nous paraît recommandable en ce qu'il permet de simplifier la taille classique telle qu'elle est le plus souvent pratiquée. En effet le ballon peut être supprimé, et il est absolument inutile d'avoir recours à des appareils spéciaux pour explorer *de visu* l'intérieur de la vessie. L'accès et l'exploration du bas-fond de la vessie et du col vésical sont rendus très faciles.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de pratiquer de prostatectomie, mais nous pouvons affirmer que cette opération se fera avec une facilité plus grande sur le plan incliné que dans le décubitus dorsal, en raison de ce que nous avons dit plus haut.

Cas remarquable de grossesse extra-utérine. — Laparotomie infructueuse. — Hystérectomie par morcellement. — Guérison,

Par le Dr Tournay, Professeur d'accouchements à la Maternité de Bruxelles.

J'ai l'honneur de vous communiquer une observation qui m'a paru intéressante à plus d'un titre.

La nommée Van L..., âgée de vingt-huit ans, ménagère, secundipare, est accouchée une première fois à terme et spontanément d'un enfant vivant. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis treize ans, la menstruation a toujours été régulière.

A partir du 4 août 1892, ses règles ont disparu, et elle a commencé à éprouver d'abord de la pesanteur dans le bas-ventre, puis des douleurs dans les reins et le haut des cuisses, particulièrement à droite, douleurs

qui ont été en s'aggravant et l'ont forcée à se rendre à ma consultation vers les derniers jours de septembre 1892.

Depuis la cessation des règles, un léger écoulement séro-sanguin s'était produit d'une manière presque continue, et la malade avait éprouvé des nausées le matin, du dégoût pour certains aliments, un besoin fréquent de dormir, du gonflement des seins avec sécrétion lactée et des envies d'uriner. La malade se croit enceinte et désire connaître mon opinion à ce sujet.

Par le toucher vaginal, je constate que l'utérus augmenté de volume se trouve en rétroversion et que le col paraît à peine ramolli; il existe, en outre, un empâtement peu marqué dans la région des annexes à droite, empâtement que le palper abdominal et le toucher rectal me permettent de reconnaître d'une manière plus distincte. J'essayai vainement de redresser l'utérus et provoquai des douleurs intolérables.

Cette femme présentait donc des symptômes de probabilité de grossesse avec lésion des annexes du côté droit; mais je réservai mon diagnostic et prescrivis le repos.

Quinze jours après, je suis appelé chez la malade. Depuis le jour de sa visite chez moi elle a été très souffrante et s'est vue forcée de garder le lit.

Aujourd'hui les douleurs, plus marquées à droite que sur la ligne médiane, sont devenues intolérables et le ventre est ballonné; elle a des vomissements répétés, des envies fréquentes d'uriner et une constipation opiniâtre.

Je constate que l'utérus a encore augmenté de volume et que l'empâtement à droite s'est accru dans de notables proportions. Le lendemain je fais anesthésier la malade et je pratique le redressement de l'utérus, non sans éprouver de grandes difficultés. Par le palper et le toucher combinés, je puis reconnaître que la trompe du côté droit est considérablement distendue. Repos absolu.

Le 30 octobre, je suis appelé en hâte dans la soirée auprès de la malade. Elle perd du sang en assez grande abondance et éprouve des douleurs continues avec des moments d'exacerbation. Le col de l'utérus est ramolli, légèrement entr'ouvert et permet au doigt de sentir quelque chose ressemblant à des membranes décollées. Un avortement paraît imminent. Pendant la nuit la malade expulse des caillots sanguins au milieu desquels on distingue des fragments de membranes, mais pas la moindre trace d'embryon.

Le lendemain, l'utérus est moins volumineux, le col est fermé. A partir de ce moment, la malade ne perd plus rien et les douleurs spontanées diminuent de jour en jour, au point de lui permettre de vaquer à ses occupations et de faire de petites promenades; mais elle ne peut supporter la fatigue et les mouvements exagérés provoquent des douleurs violentes.

Les seins secrètent du lait et le ventre continue à augmenter de volume, particulièrement du côté droit. C'est alors que je posai le diagnostic de grossesse extra-utérine, la première que je suis appelé à constater depuis plus de quinze années de clientèle privée et plus de

sept années de pratique à la Maternité. J'ajouterai que certains confrères, quoique plus jeunes, ont été plus heureux que moi, si toutefois leur diagnostic a toujours été exact. Dans le cas actuel ma conviction était profonde, bien qu'il m'ait été aussi impossible de reconnaître le ballottement et la présence de parties fœtales que d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Vers la fin de novembre, le volume du ventre reste stationnaire; il paraît même diminuer; les seins s'affaissent, la malade reprend bon appétit, l'état général est excellent; le facies est bon, l'embonpoint et les couleurs sont revenus; l'utérus est petit, mais la tumeur de la trompe est bien limitée, elle a le volume d'une petite tête de fœtus à terme; pas de fièvre; les douleurs provoquées sont beaucoup moins vives.

J'avoue qu'à ce moment ma conviction fut un peu ébranlée. Les symptômes constatés du côté des seins et du ventre, ainsi que l'irrégularité des règles, pouvaient être mis sur le compte d'une lésion des annexes.

Mais la femme avait présenté les symptômes de la grossesse avant le développement apparent de la tumeur; elle avait expulsé des lambeaux de caduque utérine; puis l'utérus avait subi un travail de régression alors que le kyste fœtal prenait de l'extension et que les symptômes de probabilité de grossesse persistaient.

Je proposai à la malade de lui faire subir une opération, en lui exposant les dangers que l'abstention lui faisait courir. Bien que je fus parvenu à lui faire accepter en principe ma proposition, l'opération fut retardée pour des motifs divers.

Le 25 décembre, le 15 janvier et le 10 février, les règles réapparurent avec leur caractère normal; la tumeur conservait le même volume. Les hésitations de la malade et de son entourage redoublèrent.

Le 20 février, après une grande fatigue, la malade fut prise de frissons et des douleurs vives survinrent dans toute la région hypogastrique, surtout prononcées à droite; la température s'éleva à 40° et le pouls monta à 120 pulsations. Par le toucher, je constate que la tumeur est *moins* isolée et qu'il existe un empâtement très marqué tout autour d'*elle*, dans le cul-de-sac de Douglas et jusque dans le côté gauche de l'excavation. De la suppuration pelvienne était venue sans aucun doute compliquer l'affection primitive.

Il n'y avait pas de temps à perdre; j'exigeai l'opération, en déclarant que la moindre hésitation pouvait être fatale à la malade. Elle fut transportée le 6 mars dans mon Institut de la rue Bosquet.

Quelle devait être la nature de mon intervention?

Devais-je choisir la voie abdominale ou la voie vaginale?

La voie vaginale me souriait beaucoup; la suppuration pelvienne enclavant l'utérus, l'hystérectomie par morcellement paraissait tout indiquée; mais cette jeune femme désirait avoir encore des enfants; peut-être la trompe et l'ovaire gauche étaient-ils sains.

L'élytrotomie dès lors paraissait préférable; mais, si l'élytrotomie pouvait avoir raison de la suppuration pelvienne et nous faire espérer la conservation des annexes gauches, le kyste fœtal eût été difficilement accessible par ce moyen; et l'eût-il été, que l'élimination du placenta par cette voie me semblait difficile.

Ces considérations me firent choisir la voie abdominale, me rangeant à l'avis de M. Doléris qui disait à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, dans sa séance du 9 février dernier : « Cette voie rend plus facile l'exploration de la poche et permet l'extraction plus facile du placenta, sinon séance tenante, au moins dans un court délai. »

L'événement devait me donner tort.

Après avoir incisé la paroi abdominale sur la ligne médiane, je rencontre l'épiploon complètement adhérent à l'arc antérieur du bassin; je le sectionne entre deux rangées de ligatures au catgut.

Après avoir écarté les intestins, je constate que le péritoine descendant de la fosse iliaque droite se réfléchit sur le kyste fœtal auquel il forme une voûte des plus épaisse; ce kyste, situé sous les deux feuillets complètement étalés du ligament large, est adhérent à l'utérus et aux parois de l'excavation.

L'énucléation par la voie abdominale est impossible; quant à la suture des parois du sac à la paroi abdominale, elle devrait être suivie d'un drainage par le Douglas qui permît l'élimination du pus contenu dans les poches remplissant toute l'excavation.

Je préférai fermer provisoirement la cavité abdominale, à l'aide d'une pince en T pour le péritoine et d'une pince de Museux pour le restant de la paroi abdominale; je fis ensuite changer la femme de position et ouvris le cul-de-sac postérieur du vagin.

L'élytrotomie me permit d'explorer, à l'aide du doigt, l'excavation pelvienne; je la trouvai remplie de poches purulentes, dont plusieurs se crevèrent et laissèrent écouler un pus des plus fétide; je ne parvins pas à atteindre le kyste fœtal. Alors je désinsérai complètement le vagin et me mis en devoir de pratiquer l'hystérectomie par morcellement; c'était le seul moyen de me créer une large voie.

Pendant le morcellement de l'utérus du pus s'écoula abondamment. A l'aide du doigt, je crevai ensuite toutes les poches purulentes que je pus atteindre et dont l'excavation pelvienne était absolument farcie. Puis j'arrivai au kyste fœtal que je crevai de la même façon; il s'en écoula un liquide roussâtre et fétide; une injection en fit sortir des caillots de sang et des débris de placenta en état de putréfaction. Le doigt explorateur percevait manifestement au fond de cette poche les saillies et les anfractuosités d'un placenta mince et étalé. Je me gardais bien d'essayer de le décoller, dans la crainte de provoquer une hémorragie qu'il eût été difficile, sinon impossible, d'enrayer.

Une seule chose me contrariait assez vivement, je dois vous l'avouer, Messieurs; c'était de ne pouvoir montrer la moindre parcelle d'embryon aussi bien à mes aides, les docteurs Boulengier, Derechter et Legros, qu'à mes confrères Requette et Wuillot qui m'avaient fait l'honneur d'assister à l'opération. Je me rappelais trop bien le doute avec lequel j'avais accueilli la présentation de certaines pièces anatomiques provenant de soi-disant grossesses extra-utérines, pour ne pas tenir à démontrer à mes confrères l'exactitude de mon diagnostic.

La grossesse devant remonter à plus de six mois, il me semblait étrange que l'embryon se fût dissocié complètement. J'avais bien, à un moment

donné, senti manifestement un tout petit corps dur dans un des replis du sac fœtal qui était très profond, j'avais fait part à mes aides de mes impressions; mais ce petit corps m'avait échappé et je n'avais pu le ramener à l'extérieur. Je fis des irrigations abondantes d'eau stérilisée; je m'aperçus bientôt que le liquide sortait par la paroi abdominale laissée provisoirement entr'ouverte.

Dans la crainte de disperser dans la cavité abdominale des produits septiques, je changeai la direction du liquide, introduisis la canule dans la plaie abdominale et irriguai de haut en bas jusqu'à ce que le liquide sortît absolument clair du vagin.

Je fermai ensuite mon incision par trois plans de sutures à étages, plaçai par le vagin un gros drain formé de gaze iodoformée, entourai mes pinces de lanières de la même substance et plaçai devant la vulve de l'ouate sublimée. L'opération avait duré deux heures et demie.

Quarante-huit heures après l'opération, les pinces furent enlevées; cinq jours après, le drain de gaze iodoformée. A partir de ce moment des irrigations antiseptiques sont pratiquées, sous une faible pression, toutes les trois heures. La température a varié de 36° à 37°,2 depuis le séjour de la malade dans mon Institut; une seule fois elle a atteint 38°,9; c'était le troisième jour après l'enlèvement des pinces, donc huit jours après l'opération. Au début, le liquide des injections revenait mélangé de débris placentaires et avait une odeur fétide très prononcée; le troisième jour j'y recueillis, à ma grande satisfaction, un cubitus et un radius encore unis entre eux et mesurant environ 14 millimètres de longueur. Deux jours plus tard, l'embryon tout entier fut entraîné par le liquide de l'injection; il est en état complet de putréfaction, ramassé sur lui-même; c'est un véritable petit squelette entre les os duquel on distingue des débris de tissus mous.

Au reste, Messieurs, vous pouvez en juger par l'examen de la pièce que j'ai l'honneur de vous soumettre. Cet embryon doit avoir trois mois et demi environ; c'est donc vers la fin de novembre qu'il a cessé de vivre, précisément à l'époque où une détente considérable s'est produite dans les douleurs, où les seins sont devenus flasques et où la tumeur a cessé de s'accroître dans toutes ses dimensions.

Le 28 mars, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, j'extrais avec le doigt à peu près tout ce qui reste de l'arrière-faix; quelques jours auparavant j'avais essayé de l'extraire à l'aide d'une curette mousse; un léger écoulement de sang m'avait forcé de renoncer à cette manœuvre. La malade était levée le dixième jour.

Aujourd'hui, vingt-huitième jour après l'opération, la poche fœtale a la capacité de la moitié d'un œuf de poule. Deux points de suture de la paroi abdominale ont donné naissance à de la suppuration; le contraire eût été étonnant, la plaie abdominale ayant livré passage au liquide septique refoulé de l'excavation pelvienne par l'irrigation. L'état général de la malade est excellent; dans quelques jours elle quittera mon Institut, complètement rétablie.

Séance du mercredi 5 avril (soir).

Présidence de M. le Médecin principal CHAUVEL.

La ligature préalable de l'artère carotide externe. — Son emploi systématique et sa valeur pratique, d'après 16 observations et 20 opérations personnelles,

Par le Dr V. CHALOT, Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le titre de ce mémoire indique nettement que je ne veux pas reprendre l'étude complète de la ligature de la carotide externe à l'instar de F. Guyon, de Madelung et de Jos. Bryant, mais que je me propose surtout de limiter l'attention de mes confrères à l'emploi de cette ligature *comme moyen d'hémostase préliminaire*. Je ferai néanmoins connaître les règles techniques générales qui me paraissent les meilleures *en chirurgie clinique*, toutes les fois qu'on veut lier vite et bien la carotide externe. J'espère démontrer ainsi que la ligature de cette artère n'est ni aussi difficile ni aussi aléatoire qu'on l'a prétendu jusqu'à ce jour.

I

Historique. — C'est Lizars (d'Edimbourg) qui a le premier, en 1829, pratiqué la ligature préalable de la carotide externe avant de réséquer un maxillaire supérieur cancéreux. Son exemple a été suivi pas Scott (ostéosarcome du maxillaire supérieur droit); par Val. Mott (carcinome mélanique de la parotide gauche), par Wutzer, dans deux cas (fongus du voile palatin à gauche; fongus au côté externe droit du cou et dans l'isthme du gosier); par Maisonneuve (cancer au côté droit de la langue); par Busch (chondrosarcome rétropharyngien); par Heine (angiome artériel cancéreux de l'oreille gauche); par M. V. v. Bruns (tumeur vasculaire de la lèvre supérieure et des parties adjacentes); enfin, par A. Dubrueil (énorme épithéliome récidivé de la face interne de la joue gauche, étendu à la portion correspondante du maxillaire inférieur et au pilier antérieur du voile du palais), par J. Bryant et autres chirurgiens (tumeurs malignes de la mâchoire inférieure, du plancher buccal et de la langue). La liste n'est certes pas bien longue, si l'on réfléchit au nombre infini des cas auxquels la ligature préalable peut être appliquée chaque jour. Constatons, par con-

séquent, que cette ligature n'est pas encore entrée dans la pratique courante comme elle le méritait.

II

Indication générale. — Ce qui gêne principalement le chirurgien dans l'ablation des tumeurs malignes plus ou moins diffuses de la région parotidienne, de la cavité bucco-pharyngienne, de la face et du crâne, c'est la crainte de l'hémorragie, c'est la crainte de léser de gros et nombreux vaisseaux qu'il est difficile ou même impossible d'atteindre convenablement dans la profondeur des tissus ou des cavités naturelles, c'est le travail si long, si pénible et si défectueux de l'hémostase directe. Il en résulte qu'on n'ose plus tenter aucune action chirurgicale là où il peut être encore utile d'intervenir, et que, dans les autres cas, on ne pousse généralement pas l'exérèse assez loin pour avoir des chances sérieuses contre la récidive. Le dernier reproche s'adresse surtout à l'usage traditionnel des moyens de section mousse, tels que l'écraseur linéaire, la ligature élastique, l'anse galvanique, le cautère actuel, le thermo-cautère. Je n'hésite pas à déclarer que ces instruments d'opérations incomplètes devraient être à jamais bannis de la chirurgie des que cancers nous avons en vue, sauf pour leur traitement purement palliatif. *Le bistouri et les ciseaux sont donc les seuls instruments à employer;* et, comme avec eux la plaie est forcément sanglante, comme l'hémostase directe a des inconvénients majeurs *au point de vue de l'ablation large et méthodique*, la seule manière de réduire au minimum la perte de sang tout en poursuivant le mal à fond consiste *à lier d'emblée, dès le début*, soit une carotide externe, soit les deux carotides externes, suivant que l'affection est uni ou bilatérale. Voilà le précepte pratique que je tiens à établir ou, si l'on veut, à rappeler avec plus d'insistance que ne l'ont fait quelques devanciers et en lui donnant une extension aussi large que possible.

III

Avantages. Objections et leur réfutation. — Les avantages de la ligature sont incontestables. Elle assure d'abord l'épargne du sang, ce qui n'est pas peu important chez les vieux et les affaiblis, dans les cas où la tumeur cancéreuse est très vasculaire et où l'on se propose d'extirper secondairement un volumineux angiome veineux, un anévrysme cirsoïde de quelque étendue. *Elle permet d'opérer presque à sec;* ou, pour rester dans la réalité des faits, il vaut mieux dire qu'on *n'a plus à compter qu'avec*

l'hémorragie veineuse, hémorragie facile à arrêter par la forcipressure, par des tampons provisoires, etc., ou s'arrêtant bientôt d'elle-même; dans un cas même où j'ai opéré en deux séances avec intervalle d'un jour, la perte de sang veineux a été insignifiante. *Grâce à ce résultat, on voit clair dans les tissus, on touche net, on peut suivre le mal partout avec le bistouri et les ciseaux, sans être arrêté à tout instant par les nécessités de l'hémostase artérielle successive, et l'on a ainsi toutes chances de faire une éradication aussi complète que possible.* Les manœuvres de l'exérèse deviennent plus simples, plus méthodiques, et leur durée est singulièrement abrégée : cinq, dix, quinze minutes suffisent le plus souvent. En prolongeant l'incision le long de la carotide primitive, on peut enlever les ganglions lymphatiques qui la côtoient parfois en chapelet. Enfin, il est permis de se demander si l'arrêt circulatoire de tout le système carotidien externe n'a point pour effet *de ralentir*, sinon d'enrayer, les progrès soit de la récidive, lorsque celle-ci a eu lieu malgré tout, soit de l'évolution néoplasique lorsque l'opération est restée manifestement incomplète à cause de l'extension inattendue de la tumeur qu'on voulait extirper.

On reprochait jadis à la ligature de la carotide externe d'exposer à l'hémorragie secondaire par suite de la brièveté de l'espace disponible au-dessus de la bifurcation de la carotide primitive, par suite aussi de la présence de branches collatérales importantes. Guyon et Madelung ont démontré depuis longtemps que ce reproche n'est nullement justifié par les faits qui remontent à la période préantiseptique. A plus forte raison, aujourd'hui, avec le nœud aseptique perdu, n'a-t-on plus à redouter cet accident. Il ne peut y avoir d'hémorragie secondaire carotidienne que si l'on a fait une opération malpropre ou si l'on a opéré au voisinage ou au milieu de tissus infectés par la suppuration. A. Dubrueil a signalé une hémiplégie qui est survenue au septième jour chez un de ses opérés, et qui s'est terminée par la mort; si l'on admet avec ce chirurgien que la ligature a bien porté sur la carotide externe et non sur la terminaison de la carotide primitive (il n'y a pas eu d'autopsie), on est amené à penser ou que le caillot s'est prolongé dans la carotide primitive ou que le fil était très rapproché de la bifurcation carotidienne et que le caillot formé près d'elle a été entraîné par le courant artériel, formant une embolie cérébrale. Mais ce cas est heureusement tout à fait isolé, et l'on n'en peut tenir compte dans une appréciation générale. Tout au plus en doit-on conclure qu'il faut s'éloigner le plus possible de la bifurcation. Les accidents cérébraux sont, au contraire, assez communs, comme on sait (25 0/0), après la

ligature de la carotide primitive. En somme, l'objection la plus sérieuse que l'on ait élevée et qu'on élève encore dans presque tous les ouvrages classiques contre la vulgarisation de la ligature de la carotide externe, c'est que cette ligature est une des plus laborieuses et des plus difficiles. J'ai pu constater par moi-même, sur le vivant, que la difficulté tient surtout à la manière d'opérer et à l'inexpérience : on cherche généralement trop bas la carotide externe, on fait mal ou on ne fait pas l'hémostase veineuse qui doit précéder l'accès de cette artère, on n'opère pas assez à sec (*faute capitale*), on n'a pas de points de repères sûrs, ou l'on s'exagère la valeur de ceux qui sont connus; enfin, comme dans toutes les opérations moyennes et grandes de la chirurgie, ce n'est guère que par l'habitude qu'on arrive à faire vite et bien. J'ai mis trente-cinq minutes à lier une carotide externe lorsque j'ai pratiqué ma première opération; aujourd'hui, je n'en mets que 8 à 10 en moyenne. Tous les chirurgiens de profession peuvent donc au moins arriver au même résultat.

IV

Technique clinique. — Si l'on envisage l'ensemble des cas variés qui se présentent dans la pratique, j'estime qu'il y a lieu, au point de vue technique, de distinguer deux catégories de malades : dans l'une, la région sus-hyoïdienne latérale, c'est-à-dire l'aire normale de la ligature, présente les rapports anatomiques habituels et les divers tissus qui servent de couverture à la carotide externe sont à l'état sain; dans l'autre, cette même région est occupée dans une étendue plus ou moins grande par une tuméfaction inflammatoire, suppurée ou non, par une extension de la tumeur néoplasique indicatrice, par une dégénérescence volumineuse des ganglions sous-maxillaires. Possible et facile dans la première catégorie, la ligature carotidienne ne l'est pas du tout dans la seconde, et pourtant, ici, dans l'intérêt du malade, il faut également arriver au but, à l'hémostase préalable. On y arrive, en effet, mais par une voie détournée, indirectement, en mettant d'abord à nu la carotide primitive, en la comprimant provisoirement, puis en allant de bas en haut vers sa bifurcation et en liant alors, si possible, la carotide externe d'une manière définitive. Ainsi j'ai à décrire deux modes de ligature de cette artère : la *ligature directe* et la *ligature indirecte*.

1° *Ligature directe de l'artère carotide externe.* — Tous les procédés d'amphithéâtre connus peuvent être employés, c'est-à-dire qu'on peut faire d'après mon expérience, indifféremment, soit une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien,

soit une incision moins oblique, qui commence ou se termine immédiatement en dehors de l'angle de la mâchoire (Guyon), soit une incision presque verticale qui débute ou aboutit au-dessous de l'angle antérieur de l'insertion inférieure du masséter. Cependant, depuis cinq à six mois, je donne la préférence à l'incision de Guyon, parce qu'elle me paraît la plus favorable.

Ce qui est autrement important, c'est d'abord la connaissance parfaite des divers points de repère qui conduisent sûrement à la carotide externe et qui permettent d'établir sans erreur son identité; c'est ensuite de savoir quel est l'endroit le plus convenable pour l'application du fil à ligature. Les points de repère de départ, ceux qui servent à bien placer l'incision cutanée et à lui donner la longueur nécessaire, sont pour moi : l'*extrémité de la grande corne hyoïdienne* et le *bord supérieur du cartilage thyroïde*, toujours faciles à déterminer par le toucher. La carotide externe naît généralement un peu au-dessous de la grande corne hyoïdienne, mais quelquefois un peu ou *même notablement* au-dessus. Le milieu de l'incision cutanée doit donc correspondre à cette corne. La division du peaucier ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'il ne faut pas négliger de couper en haut la veine jugulaire externe entre deux ligatures de soie perdues. Vient ensuite la diérèse d'une ou deux lames cellulo-fibreuses que je pratique de préférence avec le bec d'une sonde cannelée forte. *Tout de suite* ou bientôt après, *on voit* à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde un gros cordon ou ruban veineux, bleu foncé, qui croise obliquement d'avant en arrière le fond de l'incision et qui est le *tronc thyro-lingual* ou le *tronc thyro-linguo-facial*. Ce tronc est court : 10 à 12 millimètres. Il faut l'isoler avec ménagement avec le bec de la sonde cannelée, pour le diviser entre deux ligatures solides de soie fine (le catgut glisse facilement et, si on l'emploie, on risque d'avoir pendant les manœuvres ultérieures une hémorragie abondante et des plus gênantes). Cette précaution de couper entre ligatures le tronc veineux en question, au lieu de le récliner simplement, comme on le recommande ailleurs, est absolument indispensable et constitue à mes yeux la *clé de l'opération* : celle-ci n'est nette, rapide, facile qu'à ce prix. Aussi crois-je devoir appeler ledit tronc veineux *point de repère d'arrivée*, parce que derrière lui on est sûr de tomber *immédiatement sur la terminaison de la carotide primitive ou sur la naissance de la carotide externe*, qu'on sent battre sous l'index. Grâce à ce point de repère, bien constaté au milieu d'une bonne hémostase, il est impossible de s'égarer.

Déjà, on voit nettement, presque toujours, l'artère thyroïdienne supérieure, qu'on reconnaît à ses battements, à son calibre

(2 mill. 1/2 à 3 mill), à la forme arquée de sa portion initiale. On la dissèque soigneusement jusqu'à son origine avec la sonde cannelée; puis avec la même sonde on fend en avant et en dehors, de bas en haut, la gaine carotidienne. On a ainsi sous les yeux, pendant que les parties sont convenablement écartées, la terminaison de la carotide primitive et l'origine de la carotide externe. Comment déterminer celle-ci? Les *points de repère d'identité* que les auteurs ont indiqués jusqu'à ce jour sont assez nombreux, mais n'ont pas tous la même valeur clinique : l'*anse du nerf hypoglosse* (Guyon), la *grande corne hyoïdienne* (Farabeuf), enfin la *recherche des branches collatérales*. Le plus souvent, le nerf hypoglosse forme son anse contre la carotide externe au-dessus de la grande corne hyoïdienne, comme l'a bien montré Guyon; mais deux fois sur 20 opérations j'ai rencontré cette anse au-dessous, contre la terminaison de la carotide primitive, et, dans d'autres assez nombreux, je ne l'ai pas vue du tout après avoir réellement découvert le tronçon initial de la carotide externe. L'indice de Guyon n'est donc pas un point de repère absolument constant et sûr. Il faut compter bien moins encore sur l'extrémité de la grande corne hyoïdienne, qui, d'après Farabeuf, correspondrait toujours à l'origine de la carotide externe : cette extrémité est trop mobile, ainsi que l'ont fait également remarquer Tillaux et A. Dubrueil, pour bien guider le chirurgien sur le vivant. Reste donc la vérification des branches collatérales; *c'est le moyen infaillible*, c'est par conséquent *le seul* qui doive nous décider, mais *sous certaines conditions* que je vais faire connaître. La portion inférieure de la carotide externe, que je nommerais volontiers *portion chirurgicale* (longue de 2 cent. à 2 cent. 1/2), donne naissance, comme on sait d'après le schéma général, de bas en haut, aux quatre artères suivantes : la *thyroïdienne supérieure*, la *linguale*, la *pharyngienne inférieure*, et la *faciale*. Nous pouvons négliger ces deux dernières pour ne nous occuper que des deux autres, les seules importantes dans la question actuelle. Or, si la thyroïdienne naît assez souvent à l'origine même de la carotide externe ou à quelques millimètres au-dessus, souvent aussi on la voit émaner de la terminaison de la carotide primitive ou un peu au-dessous. Cette artère ne peut donc servir *directement* à distinguer d'une manière infaillible la carotide externe de la carotide primitive. Mais *en prenant une distance de 5 à 6 millimètres au-dessus de son origine*, quel que soit le siège de cette dernière, on est sûr, pour ainsi dire *toujours*, d'être sur la carotide externe. C'est là une donnée nouvelle que j'ai maintes fois appliquée avec une entière satisfaction. J'ai dit plus haut que l'artère thyroïdienne se voit *dès* qu'on a coupé entre ligatures le tronc veineux thyro-lingual, ou la veine thyroï-

dienne supérieure et le tronc linguo-facial, ou le tronc thyro-linguo-facial, trois dispositions anatomiques dont la première et la dernière m'ont paru les plus communes d'après l'expérience clinique. La précédente donnée de 5 millimètres est également exacte lorsque l'artère linguale et l'artère thyroïdienne naissent par un tronc commun. D'autre part, l'*origine de l'artère linguale*, dans le cas, du reste habituel, où elle est distincte, indique sûrement la carotide externe. *En somme, soit avec la thyroïdienne en prenant 5 millimètres au-dessus, soit avec la linguale, l'identification de la carotide externe est certaine;* et ces deux points de repère sont toujours faciles à trouver, l'un et l'autre, lorsqu'on a fait une dissection méthodique et une hémostase veineuse préalable telle que je l'ai expressément recommandée.

Ces points de repère acquis, par une conséquence immédiate, on a également différencié du même coup la carotide externe d'avec la carotide interne. S'il restait encore quelques doutes, comme cela peut avoir lieu dans les cas exceptionnels où le tronçon central de la carotide externe est nu de branches collatérales sur une hauteur de 16 à 20 millimètres (j'ai vu deux fois la linguale à 16-17 millimètres de la bifurcation), il n'y a qu'à pincer doucement entre les doigts ou entre les mors d'une pince à dissection le tronc artériel qui est le plus antérieur et le plus superficiel : la *cessation des battements* devant le masséter et à la tempe indique qu'on tient bien la carotide externe. La *situation intéro-interne de cette dernière* fournit déjà, du reste, par elle-même la même certitude; et bien souvent je n'ai eu besoin d'aucun autre indice que celui-là. Enfin, pour compléter la liste des points de repère d'identité, j'ajouterai que *la branche carotidienne qui est du même côté que l'origine de la thyroïdienne supérieure est toujours la carotide externe.*

Maintenant que la carotide externe est parfaitement déterminée, où faut-il la lier? Voici les principes qui doivent diriger le chirurgien et qui m'ont toujours dirigé moi-même : 1° *ne jamais placer le fil au-dessous de la thyroïdienne supérieure*, parce qu'en agissant autrement on s'expose fatalement à lier soit la terminaison de la carotide primitive, soit l'origine même de la carotide externe (danger d'accidents cérébraux dans le premier cas; danger peut-être d'hémorragie secondaire dans le second, même avec un fil aseptique, sans la rupture traditionnelle des tuniques internes, au milieu d'une plaie qui est et restera aseptique, car l'occlusion directe et assez solide de la lumière carotidienne par adhésion de la tunique interne peut n'être pas *absolument* sûre); 2° *appliquer la ligature à 8 ou 10 millimètres au moins de la bifurcation, après avoir nettement établi cette dernière;* cette distance est parfaite-

ment suffisante, d'après l'expérience clinique; j'ai même dans quatre ou cinq cas lié à 5 millimètres seulement de la bifurcation sans aucun accident ultérieur. Le point typique d'application du fil correspond, par conséquent, au *lieu d'élection* tel que Guyon l'a parfaitement établi. Pour plus de sécurité, rien n'empêche de lier isolément l'artère thyroïdienne supérieure, ou cette artère et la linguale quand elles partent par un tronc commnun de l'origine de la carotide externe.

Procédé. — C'est d'après ces données et considérations que j'ai établi définitivement aujourd'hui le procédé suivant de ligature directe de la carotide externe, procédé qui se trouve résumé en ses grandes lignes dans la deuxième édition de mes *Nouveaux Éléments de chirurgie opératoire.*

Le cou étant modérément tendu sur un rouleau, la tête renversée en arrière sans aucune déviation du menton (on ne tourne la face du côté opposé que lorsqu'il survient des vomissements, de la salivation, du crachotement pendant le sommeil anesthésique), je reconnais d'abord mes points de repère de départ : l'angle de la mâchoire, l'extrémité de la grande corne hyoïdienne et le bord supérieur du cartilage thyroïde. Je fais ensuite une incision cutanée qui commence immédiatement en dehors de l'angle de la mâchoire (opération à droite) et descend un peu obliquement en avant jusqu'à 2 centimètres au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde (quelquefois plus, si le malade est très gras), en passant au niveau de l'extrémité de la grande corne hyoïdienne. La veine jugulaire externe, plus ou moins volumineuse, se voit dans la partie supérieure de la plaie; je la divise entre deux ligatures perdues de soie fine. Je divise le peaucier à main levée dans toute l'étendue de la plaie cutanée. On tombe aussitôt sur une ou deux lames cellulo-fibreuses; je les divise de bas en haut, avec précaution, au moyen du bec d'une forte sonde cannelée. Quelquefois on trouve alors un ou plusieurs ganglions lymphatiques; je les énuclée par diérèse mousse. Arrivé à ce moment de l'opération, je n'ai plus qu'une préoccupation, c'est de reconnaître et de traiter les veines qui correspondent aux deux ou trois premières branches collatérales de la carotide externe. Or, si l'hémostase a été bien faite jusque-là, ces veines se révèlent avec toute la netteté désirable à la hauteur de l'espace thyro-hyoïdien; c'est ordinairement un gros tronc veineux, oblique en haut et en avant, qu'on a sous les yeux, et qui est le collecteur soit des veines thyroïdienne, linguale et faciale, soit seulement des deux premières veines. Je le dissèque avec les plus grands ménagements, car la moindre effraction produit une hémorragie des plus ennuyeuses. Il ne faut pas oublier, en outre, que ce tronc est court. Je le divise entre deux

ligatures perdues en soie fine, qui ont été bien serrées. Une fois que cette manœuvre est accomplie, je considère la ligature de la carotide externe comme presque achevée.

En effet, en refoulant doucement en avant le moignon antérieur des veines liées pendant que les lèvres de la plaie sont bien écartées, je ne tarde pas à reconnaître à son volume, à sa direction, à ses battements, à sa couleur blanc jaunâtre ou blanchâtre, l'artère thyroïdienne supérieure; et la dissection mousse de cette dernière, faite en amont, m'amène bientôt sur la terminaison de la carotide primitive ou sur l'origine de la carotide externe. J'ouvre là la gaîne carotidienne en avant et en dehors, soit sur la sonde cannelée, soit mieux avec son bec. Pour reconnaître la carotide externe, je ne tiens alors aucun compte de la présence du nerf grand hypoglosse ni de la position de l'extrémité de la grande corne hyoïdienne, points de repère infidèles. Je continue la dissection de la gaine carotidienne jusqu'un peu au-dessus du niveau du corps de l'os hyoïde, point de repère fixe et toujours facile à reconnaître par le toucher; je suis certain ainsi d'aboutir sur la carotide externe elle-même et à une distance suffisante de son origine. Si, chemin faisant, j'ai rencontré la naissance de l'artère linguale, il va sans dire que j'ai là un autre excellent moyen d'identité.

Peut-on confondre la carotide externe avec la carotide interne? Cette erreur me paraît impossible, et je crois bien qu'elle n'a jamais été commise, tandis qu'on a pris déjà quelquefois la carotide primitive pour la carotide externe. Pour mon compte, dès que j'ai constaté que le tronc qui fait suite à la carotide primitive est *superficiel et anté-interne*, qu'il est muni de l'artère linguale, qu'il est placé *du même côté* que l'origine de la thyroïdienne supérieure, je n'hésite plus; au besoin, il suffit de pincer ce tronc pour vérifier la cessation des battements temporaux. La carotide externe, si l'on procède comme je l'indique, est du reste le seul tronc apparent au fond de la plaie; *la carotide interne ne se voit pas*.

Lorsque l'identité de la carotide externe est ainsi établie, j'isole son tronçon initial jusqu'à la bifurcation. Je passe un fil de soie n° 3 sous elle de dehors en dedans, et je la lie à 8-10 millimètres de son origine. Enfin, je jette toujours une ligature de soie n° 2 sur la thyroïdienne et quelquefois aussi sur la linguale. La plaie est fermée complètement par une série de points au crin de Florence qui ne comprennent que la peau.

2° *Ligature indirecte de l'artère carotide externe : hémostase provisoire de la carotide primitive.* — Lorsque la région sus-hyoïdienne latérale est masquée ou envahie par le néoplasme lui-même, par un engorgement des ganglions sous-maxillaires, par

une cellulite suppurée ou non, on ne peut arriver à lier la carotide externe que par une voie détournée. Je procède alors de la manière suivante :

Je fais une incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien, comme pour la ligature typique de la carotide primitive, soit au tiers moyen, soit au tiers inférieur suivant l'étendue du gonflement des parties situées au-dessus; je mets à nu cette artère, et l'étreins doucement, de façon à oblitérer sa lumière sans endommager ses tuniques, par divers moyens : petite lanière de caoutchouc arrêtée contre le vaisseau par une pince à *forci*-pressure; fil élastique serré sur un petit demi-cylindre de bois; petite pince dont les mors ont été gantés chacun d'une gaine de caoutchouc; gros fil de soie appliqué en simple rosette comme le lien classique qui sert à retenir le sang avant la saignée du bras. Puis, dès que j'ai reconnu l'efficacité de cette hémostase préventive à la cessation des battements temporaux, je cherche à disséquer la carotide primitive de bas en haut et à parvenir ainsi sur la carotide externe, que je lie définitivement le plus haut possible; j'enlève la tumeur qui a nécessité l'opération, et je supprime la compression provisoire de la carotide primitive.

S'il est bien établi, au contraire, après divers essais de dissection, que la carotide externe est inaccessible, je transforme en ligature définitive la compression provisoire de la carotide primitive avant ou après l'exérèse de la tumeur. On conçoit que je ne m'arrête à ce dernier parti que dans les cas de nécessité absolue.

V

Résultat de mes opérations. — J'ai pratiqué 17 ligatures directes de la carotide externe sur 13 malades, à savoir :

1 pour un cancer épithélial de la moitié gauche de la langue, du plancher buccal et du maxillaire inférieur, avec engorgement des ganglions sous-maxillaires, chez un homme de cinquante-neuf ans (14 avril 1891);

1 pour un sarcome encéphaloïde volumineux de la fosse nasale gauche chez un homme de cinquante-huit ans (24 avril 1891);

1 pour un carcinome encéphaloïde du maxillaire supérieur droit étendu à toute la fosse zygomatique et à l'apophyse ptérygoïde, chez un homme de soixante ans (29 juillet 1891);

1 pour un carcinome squirrheux de la parotide droite, chez un homme de cinquante-sept ans (12 octobre 1891);

1 pour un énorme épithéliome végétant de toute la région massétéro-temporale et du pavillon de l'oreille droite, chez un homme de soixante-dix ans (16 octobre 1891);

1 pour un cancer ganglionnaire de la région parotidienne droite, consécutif à la destruction d'un épithéliome du pavillon de l'oreille par les caustiques chez un homme de soixante-douze ans (23 octobre 1891);

1 pour un carcinome encéphaloïde très vasculaire du maxillaire supérieur droit, chez un homme de soixante-six ans (10 décembre 1891);

2 (les deux artères) pour l'ablation totale de la langue et du plancher buccal affectés d'un épithéliome ulcéro-végétant, avec évidement ganglionnaire des deux régions sous-maxillaires, chez un homme de cinquante-trois ans (20 février 1892);

2 (les deux artères) pour un cas analogue, chez un homme de cinquante-deux ans (29 juillet 1892);

2 (les deux artères) pour un anévrysme cirsoïde de la tempe, du front et de la paupière supérieure à gauche, chez un homme de cinquante-quatre ans (17 août 1892);

1 pour un carcinome volumineux du maxillaire et de la joue du côté droit avec envahissement de l'orbite et des ganglions sous-maxillaires, chez une femme de 60 ans (15 octobre 1892);

2 (les deux artères) pour un énorme épithéliome végétant de la lèvre inférieure, du corps du maxillaire inférieur et du plancher buccal, chez un homme de trente-trois ans (12 décembre 1892);

1 pour un épithéliome récidivé de la joue et du maxillaire supérieur du côté droit avec engorgement des ganglions sous-maxillaires, chez un homme de cinquante-quatre ans (13 décembre 1892).

J'ai fait, en outre, 3 ligatures indirectes de la carotide externe avec hémostase provisoire de la carotide primitive :

1 pour un énorme cancer ganglionnaire sous-maxillo-parotidien, consécutif à un épithéliome de la lèvre inférieure, chez un homme de 39 ans (22 avril 1892);

1 pour un autre cas tout à fait analogue, chez un homme de cinquante-huit ans (4 juillet 1892);

1 pour un volumineux chondro-carcinome de la parotide gauche, laquelle a été totalement enlevée, chez un homme de quarante-sept ans (6 octobre 1892);

Sur les 16 malades qui ont subi la ligature d'une ou des deux carotides externes, je n'ai constaté *ni hémorragie secondaire de cette artère, ni accidents cérébraux*, même dans les cas où la ligature a été faite à 4, 5 millimètres seulement de la bifurcation de la carotide primitive. Il y a eu quatre morts dans les neuf premiers jours, et une autre au 101e jour; mais il faut remarquer que ce résultat n'a *aucun rapport* avec la ligature carotidienne elle-même. En effet, le premier des cinq décès est dû à une

méningite suppurée de la base du crâne produite par le sarcome de la fosse nasale qui avait exigé l'opération. Ce sarcome avait largement perforé la lame criblée de l'ethmoïde, et l'on n'avait pu le désinfecter suffisamment avant l'opération à cause de son siège même. Dans le second cas, la ligature avait été pratiquée au milieu de tissus également infectés par la suppuration; une *hémorragie foudroyante par ulcération de la veine jugulaire interne* a emporté mon opéré au huitième jour; à l'autopsie, j'ai pu constater que la ligature de l'artère tenait bon. Dans le troisième cas, le malade fortement diabétique a succombé le troisième jour au *shock opératoire* qu'avait occasionné le vaste délabrement nécessité par l'extension du cancer lingual. Chez le quatrième opéré est survenue une *pneumonie septique dite de déglutition* qui l'a emporté au neuvième jour. Enfin le dernier décès a eu lieu au bout de treize semaines à la suite d'une *broncho-pneumonie grippale*, alors que l'énorme plaie consécutive à l'ablation d'un cancer de la tempe, de l'oreille et de la parotide était presque complètement cicatrisée. En résumé, la ligature de la carotide externe n'est nullement responsable de ces mécomptes.

Quels ont été maintenant les résultats thérapeutiques chez les onze survivants? Je commence par mettre de côté le malade chez qui j'ai pratiqué la ligature des deux carotides externes pour un anévrysme cirsoïde de la face; car, dans ce travail, je n'ai en vue que la ligature appliquée à l'exérèse large des tumeurs malignes. Resteraient dix cas, qui peuvent permettre d'apprécier la valeur clinique de cette opération préliminaire. Je n'ai pas malheureusement sur tous des renseignements positifs et l'épreuve du temps ne peut être, d'autre part, considérée comme suffisante, surtout si l'on songe que les cas opérés sont tous relatifs à des *cancers très étendus ou dangereusement situés qu'on abandonne généralement*. Voici ce que je puis dire pour le moment : il y a eu une mort par récidive locale et ganglionnaire au bout de onze mois, après un bien-être parfait qui avait duré six mois. Trois opérés (cancer secondaire de la parotide, chondro-carcinome de la parotide, cancer du maxillaire supérieur) sont encore bien portants et ne présentent aucune trace de récidive après treize mois, sept mois et demi, sept mois. Chez un autre, qui a subi la résection de tout le corps de la mâchoire inférieure, l'ablation de tout le plancher buccal, et l'évidement sous-maxillaire bilatéral pour un énorme et abominable cancer végétant, la récidive a eu lieu déjà, mais le malade serait certainement mort depuis longtemps sans l'opération, et sa situation actuelle est bien moins pénible que celle de jadis.

Il y aurait certes beaucoup d'imprudence et de témérité à trop

compter sur les ressources nouvelles de l'art que je préconise. J'estime néanmoins que les résultats, si peu nombreux et si imparfaits qu'ils soient, doivent nous encourager à lutter avec opiniâtreté. Nous arracherons peut-être ainsi à la mort quelques victimes de ces affreux cancers auxquels je fais allusion; et, en tout cas, nous donnerons souvent aux autres une survie qui ne sera pas à dédaigner, surtout si l'on s'attache en même temps à calmer la douleur par les divers moyens médicaux qui sont à notre disposition.

Bibliographie

relative à la ligature préliminaire de la carotide externe.

Lizars (*Lancet*, p. 54, 10 avril, 1829-1830).

J. Scott (*Lond. Med. Gaz.*, p. 286, XVII, 1831).

V. Mott (*Amer. j. of med. sc.*, p. 17, X, 1832).

Wutzer (*Organ für die ges. Heilk.*, s. 429, i. 1841; et *Rhein. Monatschr. für prakt. Aerzte*, s. 65, i. 1847).

V. v. Bruns (*Handb. der prak. Chir.*, jj., p. 452).

Busch (*Charite Annalen*, VIII, 1857).

Guyon (*Mém. de la Soc. de chir.*, p. 197, vol. VI, 1864).

Heine (*Vierteljahr. für die prakt. Heilk.*, s. 28, XXVI, 1869).

Madelung (*Langenbeck's Arch.*, s. 611, XVII, 1874).

Dubrueil A. (*Soc. de chir.*, rapport Farabeuf, 21 juin 1882, et *Gaz. hebd. Montpellier*, p. 133 et p. 363, 1882).

Jos. Bryant (*Med. News*, 14 mai 1887).

Traitement opératoire des hémorroïdes par un procédé spécial

Par le Dr Quénu, Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Je laisse de côté tout ce qui a trait aux indications thérapeutiques et je suppose que la nécessité d'une intervention opératoire a été reconnue. Jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, les méthodes sanglantes étaient mises à l'écart, la cautérisation par le feu et spécialement le procédé de mon ancien maître Richet pouvaient être considérés comme la thérapeutique de choix.

Depuis que s'est évanouie la crainte des complications et que la forcipressure a simplifié l'hémostase, la tendance générale des chirurgiens a été le retour au bistouri, et la recherche de la réunion par première intention, même dans les opérations ano-rectales. Avant d'exposer les modifications que j'ai apportées au mode opératoire, je demande à rappeler en quelques mots les pratiques

chirurgicales jusqu'ici usitées. Le plus ancien procédé est certes l'excision après ligature. L'exécution en est facile, quand les tumeurs variqueuses présentent une certaine pédiculisation : sinon la ligature nécessite au préalable différentes manœuvres ayant pour but l'isolement de la tumeur hémorroïdaire; en ce sens, le meilleur procédé est celui que fit connaître un chirurgien anglais, Salmon, et qu'ont adopté la plupart de ses compatriotes, entre autres Allingham.

Après avoir dilaté l'anus, le chirurgien saisit successivement avec une pince à pression chaque hémorroïde dont il dissèque la face externe par une petite incision pratiquée à l'union de la peau et de la muqueuse; la tumeur ne tient bientôt plus que par un pédicule de muqueuse sur lequel une ligature est appliquée et serrée, puis on fait l'excision. La ligature tombe du sixième au huitième jour, mais il reste encore une perte de substance à cicatriser et il faut ajouter à l'aveu d'Allingham, durant une quinzaine de jours ou même un peu plus. L'usage d'un clamp, la combinaison du clamp avec le cautère actuel, comme le préconise Gibbs, ne sont que des variantes à l'opération de Salmon. Ce qui caractérise en effet cette dernière, c'est moins le mode d'hémostase que l'idée de pédiculiser chaque tumeur hémorroïdaire en disséquant sa face externe et en la détachant des couches musculaires.

En 1882, un chirurgien de Manchester, Whitehead [1] eut l'idée, après avoir disséqué et excisé la muqueuse malade et la couche sous-jacente comme précédemment, d'attirer la muqueuse saine en bas et de la suturer à la peau. Ce chirurgien avait préalablement divisé le bourrelet hémorroïdaire en 4 segments par des incisions verticales. Un peu plus tard, il modifia sa pratique; remarquant avec raison que les hémorroïdes internes sont moins des productions distinctes qu'une altération étendue à l'entière distribution des veines hémorroïdales supérieures, il fit porter son incision et sa dissection non plus sur une partie du bourrelet, mais sur la circonférence entière de l'anus et du rectum. Dans l'opération de Whitehead, on incise donc circonférentiellement l'anus à l'union de la peau et de la muqueuse anale, on dissèque rapidement cette dernière jusqu'au point où cesse l'altération hémorroïdaire, alors on résèque le segment disséqué qui comprend la muqueuse et les hémorroïdes y attenant. Il ne reste plus qu'à combler la perte de substance en attirant la muqueuse rectale jusqu'à la peau. Il importe, pour réussir cette suture, de ne pas exciser d'un seul coup ce qu'on enlève, car la lèvre supérieure de la plaie se rétracte et il serait mauvais de

1. *British med. journ.*, 1882.

l'abaisser au moyen de pinces à forcipressure; il suffit, pour éviter ces inconvénients, d'établir sa suture au fur et à mesure de la division transversale, le lambeau non encore séparé servant de moyen de traction pour amener au contact les deux bords de la plaie.

Cette opération ne paraît pas avoir été souvent pratiquée dans notre pays : en juillet 1892, M. Delorme a présenté à la Société de chirurgie un malade opéré par le procédé primitif de Whitehead : à ce sujet M. Reclus nous a exposé sa pratique, qui se rapproche bien de celle du chirurgien anglais; il laisse seulement en avant et en arrière de la marge de l'anus un segment de peau et de muqueuse non excisé, afin d'éviter toute rétraction cicatricielle circulaire.

Pour ma part, j'ai pratiqué une dizaine de fois l'opération de Whitehead en me conformant rigoureusement à ses instructions. J'ai obtenu dans la plupart des cas un heureux résultat, cependant il m'est arrivé de voir des fils couper la muqueuse, l'adaptation des surfaces saignantes est difficile, car ainsi que le fait remarquer Reclus, il y a plus de muqueuse que de peau; enfin la réussite est liée à la constipation post-opératoire; qu'il survienne une garde-robe intempestive, que le malade soit indocile, la réunion peut être partiellement ou entièrement compromise. Je n'ai jamais vu de manque de réunion porter sur toute la circonférence, et partant le rétrécissement me paraît devoir être rarement observé, mais un manque de réunion partielle suffit à créer un sérieux inconvénient : il subsiste en effet après la cicatrisation un tissu cicatriciel aisément ulcérable et si le travail de réparation s'arrête, à la plaie opératoire succède une ulcération douloureuse créant parfois plus d'incommodités que n'en avait occasionnées l'hémorroïde.

En résumé, le procédé de Whitehead n'est à l'abri de toute complication que si l'on est sûr d'obtenir la réunion complète et il me paraît difficile d'avoir cette absolue certitude, l'insuccès pouvant dépendre de circonstances étrangères à l'habileté et à l'asepsie du chirurgien. De plus ce procédé nécessite une constipation prolongée, son exécution est plutôt délicate, les difficultés d'adaptation sont réelles; ces inconvénients et ces difficultés m'ont déterminé à rechercher une simplification du manuel opératoire, et voici le plan auquel je me suis arrêté.

Je commence exactement l'opération comme Whitehead; une incision faite à l'union de la peau et de la muqueuse et même de préférence un peu plus en dehors circonscrit la demi-circonférence de l'anus, et la muqueuse est détachée (avec les hémorroïdes qui lui adhèrent) des couches sous-jacentes.

Cette dissection est poussée assez haut, jusqu'au point où la

coloration rose de la muqueuse saine tranche avec la couleur violacée de la muqueuse malade; ici s'arrête la ressemblance avec le procédé de Whitehead. Au lieu d'exciser la muqueuse, je la conserve, me bornant à la débarrasser des veines variqueuses qui la doublent : pour cela, l'index de la main gauche étant introduit dans le rectum pour le tendre et l'étaler, on détache à l'aide de petits ciseaux courbes toutes les petites ampoules veineuses qui font relief sur la face externe cruentée de la muqueuse, on épluche pour ainsi dire cette dernière, de façon à n'avoir plus entre les doigts qu'une membrane uniformément mince dépouillée de toute la couche cellulo-vasculaire : cette toilette minutieuse achevée, l'hémostase obtenue, on applique quelques points de suture et on procède de la même manière pour le côté opposé.

En général on est peu gêné par le sang, il est des cas où je n'ai pas eu à faire une seule ligature; dans d'autres, des tissus saignent davantage et on en est quitte pour lier à la soie fine quelques petites artérioles. La dissection de la face externe de la muqueuse est parfois moins aisée au niveau des lacunes de Morgagni; il peut se faire qu'un coup de ciseau maladroit occasionne une petite perforation : l'accident nous est arrivé, il n'en est résulté aucune suite fâcheuse.

L'opération achevée, un morceau d'ouate iodoformée est introduit dans l'anus afin d'exercer une légère compression sur les deux demi-lambeaux de muqueuse et de les appliquer sur les tissus sous-jacents.

Les suites opératoires sont extrêmement simples : le cinquième ou le sixième jour on peut enlever les fils, la réunion est complète parfois dès cette époque, tout au plus tard dès le huitième ou neuvième jour. Un de nos malades, très indocile du reste et opposé à la diète soit anté soit post-opératoire, est allé à la garde-robe le quatrième jour; un autre a présenté un peu de diarrhée, la cicatrisation n'en a pas été pour cela moins rapidement obtenue. Et cela est très facile à comprendre : nous avons deux lambeaux demi-cylindriques représentés par les deux moitiés de la muqueuse rectale qui, par leur direction et leur poids, ne demandent qu'à s'appliquer et à s'affronter : les fils n'exercent aucune traction, ils ne coupent pas les tissus, les lambeaux s'adaptent parfaitement puisqu'il ne s'est agi en somme que d'un simple dédoublement des parois rectales et que les surfaces cruentées ont gardé leurs rapports respectifs. En troisième lieu enfin, la ligne des sutures n'est pas rétractée vers l'anus comme dans le procédé anglais, elle est entièrement extra-anale, facile à placer, sous la protection des pansements, à l'abri de la souillure des matières fécales.

En résumé, d'exécution beaucoup plus facile, la réunion est plus sûrement et plus rapidement obtenue, à moins de frais, et avec une rigueur de régime infiniment moindre. J'ajoute que, en cas de manque partiel dans la réunion primitive, le tissu de cicatrice se trouvera placé hors du conduit anal, non exposé au contact traumatisant et infectant du bol fécal.

Une objection vient tout naturellement à l'esprit : votre muqueuse que vous avez débarrassée de la couche cellulo-vasculaire est elle-même malade, toujours atteinte par le processus variqueux, elle peut avoir subi une véritable transformation caverneuse : en la laissant n'avez-vous pas fait une opération incomplète? Évidemment aux faits seuls il appartiendra de répondre, et nos opérations ne datent que de quelques semaines : cependant il nous est permis d'observer que dès le dixième jour la muqueuse paraît avoir subi de par l'opération des modifications profondes : elle n'est plus violacée, ni vasculaire, elle est comme flétrie, un peu ridée, analogue à celle qui revêt les marisques; tout nous porte à penser que l'extirpation des varices qui la doublent a pour effet de la ramener vers une structure normale. Et de fait n'est-ce pas ce qui arrive aux membres variqueux? Ne connaissons-nous pas l'influence heureuse qu'exerce sur des téguments autrement altérés qu'une muqueuse d'hémorroïdaire, l'extirpation des tumeurs variqueuses sous-cutanées?

Peut-être, et c'est à l'avenir de nous l'apprendre, faudrait-il se comporter différemment pour ces hémorroïdes que les Anglais appellent capillaires, dans lesquelles la muqueuse est transformée en une sorte de tissu érectile, présentant une surface chagrinée, d'un rouge vif et non plus violacé, et saignant facilement au moindre contact : je réserverais volontiers à cette variété l'opération de Whitehead, les cautérisations superficielles m'ayant toujours paru inefficaces et n'ayant pas l'expérience de l'électrolyse qui paraît avoir donné de bons résultats à Charles Bael.

Observation I. — R..., porteur aux Halles, quarante-quatre ans, salle Viel, 26, hôpital Cochin.

Première crise hémorroïdaire il y a un an et demi à la suite d'un excès alcoolique : le malade avoue en effet des habitudes d'intempérance. Depuis cette époque, quelques petites pertes de sang, gêne dans la marche à certains moments. Dans une deuxième crise, les symptômes furent plus accusés, il y eut des hémorragies, des douleurs assez vives et du ténesme vésical.

Les hémorroïdes occasionnant de nouveau des douleurs, le malade vient réclamer nos soins à l'hôpital.

Le 14 février, on constate l'existence d'un bourrelet d'hémorroïdes entourant complètement l'anus d'une véritable couronne large d'un travers de doigt; ce bourrelet est d'un rouge violacé, bosselé, douloureux,

réductible non sans quelques difficultés, recouvert çà et là de quelques érosions : d'autres érosions plus profondes apparaissent quand on déplisse l'anus.

Le malade est mis au régime pré-opératoire.

Sous cette influence, la tension locale diminue et la congestion s'efface en partie; opération le 3 mars.

Incision demi-circonférentielle à l'union de la peau et de la muqueuse. Dissection de la face externe de la muqueuse jusqu'au sphincter externe et au delà. Alors on incise avec des ciseaux courbes, toutes les ampoules qui saillent sur la face cruentée de la muqueuse : ainsi nettoyée, celle-ci perd sa couleur bleuâtre pour reprendre une teinte rosée. Elle est alors réappliquée sans aucune excision préalable et suturée à la peau. A droite la cicatrice empiète même un peu plus sur la peau.

Le 10 mars, c'est-à-dire le septième jour, on enlève quelques fils, la réunion est totale.

Le 13, on enlève les fils qui restent : la muqueuse est ridée, d'un aspect se rapprochant de celui de la peau qui recouvre les marisques : l'avant-veille garde-robe, régime ordinaire depuis plusieurs jours. La cicatrisation est complète, et le 20 le malade part pour Vincennes : aucune douleur, aucune gêne, muqueuse rosée, lisse, sans traces d'érosions.

Obs. II. — B. L., cinquante et un ans, marchand forain, vient me consulter parce qu'une tumeur très grosse sort de l'anus : je constate simplement l'existence d'un gros bourrelet hémorroïdaire réductible. Les hémorroïdes, qui datent de vingt ans, occasionnent depuis quelques mois des douleurs pendant et après la défécation.

Le 9 mars, après anesthésie à la cocaïne, je pratique l'opération comme chez le malade précédent : 5 points de suture à gauche, 6 à droite : le troisième jour, le malade va à la garde-robe en diarrhée; le cinquième jour, on enlève les fils et le régime alimentaire est celui des autres malades. Le dixième jour, la cicatrisation est parfaite, la muqueuse est pâle, comme flétrie, ne devient pas turgescente quand on dit au malade de pousser.

Exeat, absolument guéri, le 30 mars.

J'ai supposé jusqu'ici qu'on avait affaire à des hémorroïdes non compliquées, en dehors de toute période fluxionnaire ou inflammatoire; quelle conduite faudrait-il tenir en cas de complications? Je laisse de côté les hémorroïdes procidentes irréductibles, arrivées déjà à la période de gangrène, la désinfection par le cautère actuel me semble ici la meilleure thérapeutique; je n'envisage que les hémorroïdes internes enflammées, réductibles ou non, mais non encore gangrenées ni profondément ulcérées. J'ai tenté dans ces conditions le procédé de Whitehead sans en obtenir de résultats satisfaisants : la muqueuse rectale, enflammée même à distance du bourrelet, se montre plus friable encore que d'habitude, les fils la coupent et les lèvres de la plaie

s'écartent, laissant une surface partiellement ou totalement désunie. Je n'ai eû aucun de ces inconvénients en opérant par mon procédé un malade en pleine période fluxionnaire dont voici l'observation : ce malade fut guéri en six jours.

Obs. III. — B. Pierre, âgé de vingt ans, entre le 16 mars, salle Bichat; ses hémorroïdes dateraient de l'âge de douze ans : il se rappelle qu'à cet âge, au sortir d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui fut compliquée d'insuffisance mitrale, il porta un jour la main à l'anus et y sentit une grosseur; de temps en temps déjà il perdait un peu de sang en allant à la garde-robe. Écoulement sanguin après chaque selle depuis dix-huit mois, sensation de pesanteur anale.

En janvier dernier, crise fluxionnaire qui se termina par une véritable hémorragie; pendant une semaine les douleurs furent très vives.

Le 10 mars, nouvelle crise : au moment de l'entrée le 16 mars, hémorroïdes tendues, turgescentes, irréductibles, applications boriquées.

Le 18 mars, opération après dilatation préalable. La plaie saigne beaucoup et 4 ou 5 ligatures sont jetées sur des artérioles tout au fond du sillon créé par la dissection de la muqueuse.

La plaie fut à chaque instant souillée par un lavement intempestivement donné le matin. Du reste aucune asepsie pré-opératoire sérieuse n'avait pu être faite.

19 mars, 1er pansement imprégné de sang.

2e pansement le 20 : on retire le tampon intra-rectal.

22 mars, diarrhée.

Bismuth et laudanum.

23 mars, selle : on enlève les fils, sauf deux qui sont enlevés le surlendemain; bonne réunion.

31 mars : la muqueuse est rosée, un peu sécrétante encore, mais cette sécrétion est purement muqueuse et transparente, aucune gêne fonctionnelle : pendant l'opération, la muqueuse avait été trouée en 2 points, il existe à ce niveau 2 petits enfoncements avec accolement profond de la muqueuse aux couches sous-jacentes.

DISCUSSION

M. Delorme. — J'ai eu recours 8 fois au procédé de Whitehead et je l'ai trouvé excellent. Je n'ai vu aucun des inconvénients signalés par M. Quénu.

M. Reclus. — Je m'associe aux remarques de M. Delorme et comme lui je n'ai pas vu le procédé de Whitehead donner lieu aux inconvénients signalés.

M. Quénu félicite M. Delorme des résultats qu'il a obtenus, mais pense que 8 cas ne sont pas suffisants.

Pathogénie des abcès du foie,

Par le Dr Zancarol, Médecin en chef de l'hôpital grec d'Alexandrie.

La pathogénie des abcès tropicaux du foie a de tout temps intéressé les praticiens.

Depuis le commencement de notre siècle jusqu'aujourd'hui, on a émis plusieurs théories pour expliquer la pathogénie, c'est-à-dire la cause et le mode de formation des abcès du foie. Ces théories peuvent se résumer en trois grands groupes.

Premier groupe. — Nécessité de destruction, par le foie, des produits hydrocarbonés en excès; par conséquent, surcroît de travail des fonctions hépatiques. On atribuait cet excès de produits hydrocarbonés à la diminution de l'acide carbonique exhalé par la respiration, diminution causée par l'air chaud et humide de l'atmosphère. La malaria, en agissant de la même façon que l'air humide et chaud, d'après Copland, entre dans le même groupe, comme cause pathogénique des abcès du foie. Dans le même groupe peut entrer aussi le travail incomplet de la peau à cause de l'humidité de l'atmosphère et la substitution à ce travail par la glande hépatique. Cette théorie, qui a incontestablement beaucoup de vrai, ne peut pourtant, à elle seule, donner l'explication de la pathogénie des abcès du foie.

Second groupe. — Dans ce groupe d'idées, c'est la dysenterie qui est la cause productrice des abcès du foie; ce sont les altérations dysentériques de l'intestin, les ulcérations, qui absorbent les substances délétères qui doivent être charriées dans le foie; c'est, en d'autres mots, tantôt la phlébite, tantôt la lymphangite, qui produisent l'abcès de la glande biliaire. Annesley admettait que la dysenterie et l'hépatite étaient une seule et unique maladie complexe. On faisait intervenir ici avec la phlébite de la veine porte, la théorie des abcès métastatiques de Cruveilher ou l'embolie de Virchow. Enfin Budd (1845) a été plus loin : il a admis l'introduction des principes septiques charriés par la circulation portale : d'où les abcès pyémiques petits et multiples et les abcès uniques et grands. Ainsi il a observé déjà, à cette date, un fait anatomo-pathologique essentiel, au point de vue clinique, négligé plus tard par les auteurs : les deux formes d'abcès du foie : *uniques* et *multiples.* C'est dans ce groupe d'idées, comme on le verra plus bas, que l'expérimentation et la clinique vont nous donner la solution de la pathogénie des abcès hépatiques.

Troisième groupe. — Les progrès de la bactériologie ne pouvaient que s'appliquer aussi aux abcès du foie. On se mit donc à la

recherche du micro-organisme pathogène de la suppuration hépatique; ici nous en sommes à l'histoire contemporaine : vous la connaissez mieux que moi pour que j'abuse de votre patience. Permettez-moi seulement de vous rappeler que dans ce groupe il y a eu deux camps : dans l'un, on s'efforçait de prouver la stérilité du pus hépatique pour se rendre compte de la raison qui faisait que l'opération des abcès du foie par le procédé de Stromayer-Little ne donnait pas de mauvais résultats. Mais, comme je l'ai déjà écrit ailleurs, ni la stérilité du pus hépatique n'était exacte, ni l'épanchement du pus hépatique dans le péritoine n'était exempt d'accidents dans le procédé de Stromayer-Little.

D'autre part, on cherchait le micro-organisme sous plusieurs formes sans exclure les innocentes *amœbes*. Le passage suivant de l'excellent ouvrage de Kelsch et Kiener (*Maladie des pays chauds*, 1889, p. 215), qui est aussi le plus récent, résume l'état de la question telle qu'elle est aujourd'hui :

« Nous ne saurions aller plus loin dans nos déductions. Nous n'avons point réussi par l'expérimentation à éclairer la pathogénie des abcès du foie, comme nous avons pu le faire pour les ulcères de l'intestin. Ce que l'analyse histologique permet de décider, c'est que l'abcès n'a son point de départ ni dans les conduits biliaires, ni dans les parois des vaisseaux sanguins. Dans son siège initial, qui a le plus souvent une notable étendue, il intéresse simultanément les acini et les espaces conjonctifs. Si l'agent matériel est le poison apporté dans le foie, par la voie vasculaire, comme on n'en saurait douter, il n'est pas possible de décider si cette voie est l'artère hépatique ou la veine porte, car il n'est pas irritant de la paroi vasculaire et ne laisse aucun vestige de son passage dans les vaisseaux. » ... « L'anatomie pathologique, disent ces auteurs, ne nous renseigne pas davantage sur la nature de l'agent. Ni les bactéries rencontrées dans le pus, ni les zooglées rencontrées dans les parois de l'abcès ne peuvent prétendre à être la cause naturelle du processus. Nous chercherons à démontrer *par des considérations étiologiques* que cet agent est le même que celui de la dysenterie; de l'étude anatomique, nous ne pouvons déduire que des présomptions à ce sujet. »

Telle était la question de la pathogénie des abcès du foie lorsque Kelsch et Kiener écrivaient ces lignes et telle elle est restée encore aujourd'hui.

L'observation clinique pourtant depuis 1865 m'avait donné la conviction de deux faits, à savoir :

1° Que le pus des abcès hépatiques n'est pas moins délétère que le pus des autres organes en suppuration;

2° Que la dysenterie et l'abcès du foie étaient très étroitement

liés et que si l'une n'était pas la cause de l'autre, il y avait au moins un même principe toxique qui produisait les deux affections, fait clinique admis déjà par d'autres avant moi. Cette manière de juger la question, bien qu'elle reposât sur l'observation clinique et anatomo-pathologique, n'avait pas la valeur scientifique nécessaire, car elle manquait de preuves matérielles palpables. Ces preuves, je tâcherai de les donner aujourd'hui, en me basant :

a. Sur l'expérimentation sur les animaux, d'une part;

b. Et d'autre part, sur la similitude qu'il y a entre les altérations anatomo-pathologiques produites par l'expérimentation et les altérations qu'on rencontre aux autopsies de nos malades.

Expériences sur les animaux.

Ces expériences ont été faites au laboratoire bactériologique de l'hôpital grec d'Alexandrie, par le Dr Pétrides, mon aide, qui se réserve de publier bientôt le résultat de ses recherches définitives. J'emprunte d'ores et déjà quelques-unes de ces expériences, et surtout les plus concluantes d'entre elles. Ces expériences, qui ont été faites toutes sur le chat, se répartissent ainsi.

1° *Injections dans le rectum du chat de matières fécales dysentériques d'un chat atteint de dysenterie spontanée*[1]. (Ces matières contenaient des amœbes vivantes identiques à celles de l'homme.)

Douze chats ont été injectés au moyen de ces matières fécales : de ces douze chats, onze sont morts spontanément, après une survie de trente-trois heures minimum à neuf jours maximum; un seul a survécu pendant trois mois, et a été sacrifié, au bout de ce temps, par pendaison. Sur ce nombre, six ont présenté la suppuration du foie *avec streptocoques*. Ces abcès étaient uniques dans deux chats, multiples chez deux autres, et sous forme d'infiltration purulente, deux fois. Sur tous ces six chats, les streptocoques étaient situés dans l'abcès, et autour de ce dernier.

Parmi ces chats :

Sept ont présenté la dysenterie avec amœbes; quatre ont présenté des altérations dysentériques, sans amœbes; un seul a présenté une simple congestion de l'intestin grêle. — Les onze premiers chats étaient porteurs d'ulcérations plus ou moins profondes du gros intestin, en même temps que quelques-uns d'entre eux présentaient de petites ulcérations de l'intestin grêle. — Trois chats

1. Ce chat, qui est mort le neuvième jour de sa maladie, a présenté, à l'autopsie, toutes les lésions pathognomoniques de la dysenterie, soit ulcères du gros intestin et abcès du foie.

n'ont pas eu de selles dysentériques pendant la vie, malgré la présence des ulcérations déjà mentionnées. Sur ces douze chats, onze ont présenté des streptocoques, soit dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin, soit dans d'autres organes. — Le chat qui a survécu pendant trois mois, et qui a été sacrifié par pendaison, comme nous venons de le dire, n'avait pas, à l'œil nu, d'abcès au foie, mais des ulcérations dysentériques caractérisées, et pas de streptocoques dans les organes, sauf aux poumons qui étaient atteints, en même temps, de sclérose en foyer.

2° Injections du pus hépatique de l'homme, sans amœbes, dans le rectum des chats.

Sept chats ont été injectés avec ce pus. Six chats ont reçu dans le rectum du pus stérile à la culture. Un chat a été injecté avec du pus hépatique qui a donné des streptocoques à la culture (chat n° 1).

1er chat, pus à streptocoques injecté : Diarrhée; survie : douze jours. — Autopsie : *Infiltration purulente du foie*; Glandes mésentériques œdémateuses; streptocoques dans les tuniques de l'intestin grêle; poumon splénisé; foie congestionné; périhépatite; rate congestionnée.

2e chat : Mort cinq jours après. — Autopsie : *Abcès du foie à streptocoques.*

3e chat : Diarrhée; survie : neuf jours; pseudomembranes à l'intestin grêle ulcéré; *streptocoques au foie* aussi bien qu'au pancréas; glandes mésentériques.

4e chat : Dysenterie dix-neuf jours; guéri.

5e chat : Dysenterie; survie : vingt jours. — Autopsie : Pas d'abcès hépatique; foie congestionné; gros intestin ulcéré.

6e chat : Pas de diarrhée; survie : trente-cinq jours. Autopsie : Foie congestionné, *infiltré de pus*; embolie pulmonaire; rate et reins congestionnés; gros intestin à ulcères superficiels avec ecchymoses; streptocoques dans le foie, le poumon, la rate, les reins.

7e chat : Survie : huit jours; Autopsie : *Abcès du foie*; poumon droit hépatisé; glandes mésentériques congestionnées; intestin grêle œdémateux; streptocoques dans la veine porte.

3° Injection de cultures pures de streptocoques dans l'intestin des chats.

1er chat : Dysenterie; durée : quarante-quatre jours; guérison.

2e chat : Dysenterie; mort : soixante-sept jours après. — Autopsie : Streptocoques au foie, aussi bien qu'au cœur, et aux poumons. Poumons congestionnés; foie congestionné; ulcères cicatrisés de l'intestin grêle; glandes mésentériques hypertrophiées :

4° Injection des matières fécales dysentériques de l'homme aux chats.

Un seul chat a reçu des matières fécales contenant des amœbes. Survie : quatre jours. — Autopsie : Poumon droit hépatisé; rate à streptocoques; intestin grêle exfolié; pas d'amœbes.

5° Injection de cultures pures de streptocoques dans l'espace ischio-rectal du chat.

Un seul chat inoculé : Dysenterie; survie : sept jours; épanchement séro-sanguinolent dans le péritoine; intestin grêle œdémateux, ulcéré; gros intestin congestionné; pas de suppuration nulle part; culture pure de streptocoques dans : foie, cœur, péricarde, vésicule biliaire, péritoine.

En résumé : l'injection des matières fécales dysentériques, avec amœbes, du chat, dans l'intestin de douze autres chats, a donné six fois l'abcès du foie à streptocoques; onze de ces chats ont eu la dysenterie, dont sept avec amœbes, dans les évacuations, et quatre sans amœbes. Dans l'intestin on a trouvé les ulcérations caractéristiques de la dysenterie. Trois de ces chats, tout en ayant les altérations dysentériques des intestins, n'ont pas présenté les symptômes de cette affection pendant la vie. Chez aucun de ces animaux on n'a rencontré des amœbes dans les coupes de l'intestin; tandis que, onze fois sur douze, on a trouvé des streptocoques dans l'épaisseur des tuniques intestinales.

L'injection de pus hépatique stérile par la culture dans le rectum de sept chats a donné : deux fois l'abcès au foie; trois fois une infiltration purulente, et quatre fois la dysenterie.

L'injection pure de streptocoques provenant de la même source, c'est-à-dire de nos sujets d'inoculation, dans l'intestin de deux chats, a donné : chez le premier, la dysenterie qui a guéri après quarante-quatre jours (ce chat reste encore en observation); chez le second, dysenterie de vingt-sept jours de durée et mort au bout de ce temps. A l'autopsie on a trouvé : streptocoques dans le foie; ulcère du gros intestin cicatrisé et streptocoques dans le poumon.

L'injection, dans l'espace ischio-rectal, de culture pure de streptocoques, a donné, chez un chat, la dysenterie. A l'autopsie : épanchement dans le péritoine, œdème de l'intestin grêle avec ulcérations. Culture pure de streptocoques dans le sang du foie aussi bien que dans le sang du cœur, péricarde, vésicule biliaire et péritoine.

L'injection, dans le rectum du chat, des matières fécales dysentériques de l'homme avec amœbes, a donné à l'autopsie : streptocoques à la rate, le gros intestin exfolié et congestionné et pas d'amœbes.

Ainsi donc, l'expérimentation sur les animaux a prouvé : que la dysenterie et les abcès du foie sont de la même nature; que le facteur pathogène de cette affection complexe est un micro-organisme.

Ces résultats ont d'autant plus d'importance, que l'observation clinique et anatomo-pathologique de nos malades vont les confirmer. En effet, le sang de nos trois derniers malades opérés d'abcès du foie, pris au moment de l'opération, ou avant celle-ci, a donné des cultures pures de streptocoques : le sang a été extrait : sur deux malades, de la veine basilique, et chez le troisième, de l'artère intercostale.

L'examen bactériologique du pus d'une série suivie de 9 malades ou de coupes de foie a donné le résultat suivant :

1° Culture pus stérile : à la coupe du foie, micro-organismes qui laissent des doutes entre strepcocoques et staphylocoques;

2° Culture pus stérile : l'injection sur le chat a donné des streptocoques;

3° Culture pus à streptocoques : l'injection sur le chat a donné des streptocoques;

4° Staphylocoques à la culture du pus;

5° Streptocoques au pus lors de l'opération : à l'autopsie, streptocoques dans les coupes du foie, rate, cœur, veine porte;

6° Coupe foie à streptocoques;

7° Pus stérile, coupe foie à streptocoques;

8° Culture pure de streptocoques dans le péritoine, cœur, rate, veine porte, poumons;

9° Pus à streptocoques : streptocoques aussi après l'injection sur le chat.

Ainsi voilà déjà 9 malades avec abcès du foie qui ont tous présenté, 8 des streptocoques et un des staphylocoques.

Si maintenant on fait le parallèle des coupes d'abcès du foie de l'homme avec celles des abcès du foie expérimentaux sur les animaux, on est frappé de la similitude de la disposition bactériologique et anatomique, avec la seule différence que chez les seconds les abcès expérimentaux présentent des micro-organismes en nombre beaucoup plus grand.

Conclusions.

1° Les abcès du foie sont d'origine microbienne.

2° Le facteur principal de ces abcès a été le plus souvent le streptocoque. L'avenir pourra décider si d'autres micro-organismes, en dehors du streptocoque, pourraient produire le même effet, ou si le streptocoque est le micro-organisme pathogène et

spécial de ces abcès, ou bien si le streptocoque est le même que celui des autres suppurations.

3° La dysenterie est de même nature que les abcès du foie : de sorte que la cause pathogénique est encore ici le streptocoque. Quant aux amœbes, qu'on rencontre très souvent dans les matières fécales chez des individus même bien portants, elles ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection.

4° La porte d'entrée du micro-organisme pathogénique des abcès du foie est le plus souvent le tube intestinal, de là il passe au foie, soit par la voie de la veine porte, soit par la voie de la circulation générale.

5° De ce qui précède, je conclus que la pathogénie des abcès hépatiques est résolue; mais s'il reste encore des doutes, c'est par la voie tracée au laboratoire de l'hôpital grec d'Alexandrie qu'on trouvera la solution.

Je tiens à la disposition de MM. les membres du congrès des coupes microscopiques pour leur démontrer tout ce que j'ai exposé plus haut.

Sur la chirurgie cérébrale,

Par le Dr WARNOTS, Professeur de médecine opératoire à l'Université de Bruxelles.

Mon expérience repose sur 32 cas d'intervention opératoire soit pour accidents immédiats, secondaires ou tardifs, consécutifs à des traumatismes craniens, soit pour méningite, œdème des ventricules, hydrocéphalie, épilepsie essentielle, etc.

J'ai eu l'occasion de pratiquer la trépanation immédiate, préventive, dans six cas de fractures de la voûte cranienne, dont quatre compliquées, et deux non exposées. Le succès opératoire de chacun de ces cas et l'absence de tout phénomène pathologique secondaire ou tardif prévenu autant que possible par l'ablation d'esquilles, le débridement osseux des fissures, le relèvement de fragments enfoncés, la suture soignée de la dure-mère déchirée, l'hémostase complète assurée avant de refermer les plaies traumatiques ou chirurgicales, m'engagent à me ranger parmi ceux qui sont définitivement partisans de la trépanation prophylactique immédiate.

Je suis intervenu une fois pour hydrocéphalie. L'enfant âgé de dix-neuf mois supporta bien la trépano-ponction bilatérale. Les convulsions, pour remédier auxquelles j'étais prié par les parents du petit d'intervenir, avaient cessé. Le septième jour, alors que le volume de la tête était réduit de près d'un tiers, survinrent des

convulsions très violentes au milieu desquelles l'enfant mourut. A l'autopsie fut trouvé un kyste de la grosseur d'un œuf, à pédicule très mince et long d'un centimètre implanté sur la partie ventriculaire du noyau caudé.

Je pourrais vous entretenir de deux tentatives d'intervention pour méningite aiguë (dont une par infection directe due au manque de soins antiseptiques), suivies de mort dans les quarante-huit heures, après amélioration momentanée des symptômes de compression.

Je pourrais également aligner mes succès opératoires dans quatre tentatives d'intervention pour symptômes de foyer dus à des méningo-encéphalites chroniques, mais sans résultat appréciable en ce qui concerne l'amendement ou la disparition des symptômes, et ainsi de suite. Mais comme ces interventions et d'autres encore sont tout au début de la période d'essai, je préfère, aucune conclusion ne pouvant en être tirée, les passer sous silence.

Ce dont je désire surtout saisir les membres du Congrès, c'est des résultats de mon expérience dans les cas d'épilepsie jacksonnienne traumatique.

La conclusion générale que je puis tirer des résultats de mes dix interventions pour cette affection est la suivante :

La trépanation préventive, prophylactique, dans les cas de fracture du crâne reconnue, ne s'agit-il que d'une simple fissure, est formellement indiquée. Je partage en cela, je le sais, l'avis de la presque totalité des chirurgiens. On pratique aujourd'hui la trépanation préventive en vue de parer aux dangers d'infection. Mais qu'il me soit permis d'ajouter à cette opinion générale, la proposition suivante à laquelle, du reste, je faisais allusion en commençant cette communication : La trépanation préventive doit être pratiquée, non seulement dans le but d'antisepsiser ou d'asepsiser le champ du traumatisme, mais encore dans celui de prévenir les accidents secondaires ou tardifs qui pourraient être produits par des lésions intra-craniennes (table interne, méninges, cerveau) qui passeraient inaperçues sans l'intervention opératoire, accidents dont le plus fréquent est l'épilepsie jacksonnienne. Dans neuf de mes cas, il y avait, comme toujours, soit des esquilles, soit des déchirures des méninges ayant produit des cicatrices, soit des reliquats d'épanchements sanguins, devenus kystiques. Permettez-moi de vous signaler la lésion fort rare et fort intéressante au point de vue anatomo-pathologique, que je rencontrai dans l'un de ces cas. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, tombé violemment sur la tête quelques années auparavant et atteint depuis plus d'un an d'épilepsie jacksonnienne ayant débuté

par le membre supérieur droit, puis s'étant étendue successivement au membre inférieur droit, et au côté droit de la face. Le diagnostic que je posai fut : kyste sanguin épicortical traumatique, à l'origine simple caillot ayant son siège sur le centre du membre supérieur droit, et par transformation kystique ayant envahi successivement les autres avoisinants. A l'ouverture de la boîte cranienne, sur laquelle se voyaient des traces évidentes d'ancienne fracture méconnue, je me trouvai en présence d'un anévrysme artérioso-veineux gros comme une amande. Voici la conduite que je crus bon de tenir en présence de ce cas. D'après ce que nous savons de la circulation cérébrale et en particulier de la circulation corticale, enlever tout l'anévrysme par les moyens ordinaires, c'était risquer de priver de grands territoires de l'écorce de leur irrigation artérielle, et par suite anéantir leur fonction; c'était risquer de paralyser cet homme en grande partie, et d'amener chez lui l'aphasie d'articulation. Et en effet, une simple ligature de nécessité faite sur une artériole très petite se dirigeant vers le centre du langage articulé fut cause d'une aphasie transitoire qui dura douze jours.

Je résolus de donner libre expansion à l'anévrysme en ne replaçant pas les rondelles osseuses comme je le fais quand cela se peut; je me bornai à suturer la peau, me réservant, si l'anévrysme apparaissait à la surface cutanée par usure, de le traiter par les moyens lents de congulation. Il y a six mois que cet homme est opéré. Il n'a plus eu aucun accès depuis ce moment, alors qu'auparavant il avait de 25 à 30 accès par jour.

Quelques mots maintenant du *traitement direct de l'épilepsie jacksonnienne traumatique*. Dans huit cas je me bornai à suivre les procédés généralement indiqués : faire l'ouverture de la boîte cranienne, aller à la recherche de la cause tangible de l'épilepsie et l'enlever qu'elle soit une esquille, une énostose, une cicatrice méningée. Or, il faut bien l'avouer, ces procédés ne donnent pas les brillants résultats que l'on serait en droit d'en attendre : la suppression de la cause n'enlève pas l'effet.

L'irritation continuelle des portions d'écorce en rapport direct avec les lésions traumatiques, amène dans ces portions au bout de quelque temps, souvent d'un temps fort court, des lésions spéciales que nous ne connaissons encore que bien imparfaitement, et en tous cas une irritabilité particulière qui persiste même après l'opération, capable de produire dans certaines conditions des accès.

Certes, ceux-ci sont moins intenses, plus espacés, mais je ne crois pas qu'on puisse dire que jusqu'ici la simple trépanation, avec enlèvement de la cause directe productrice des accès, ait été

suffisante pour amener une guérison *complète, définitive*. Ce fut du reste le résultat ultérieur de chacune de mes interventions simples.

On sait qu'à l'enthousiasme que provoquèrent les résultats immédiats des trépanations pour épilepsie jacksonnienne traumatique, a succédé, par suite de la récidive rapprochée ou éloignée des accès pour ainsi dire fatale, une période de découragement. Mais lorsque nos connaissances sur la physiologie et l'anatomie pathologique de l'écorce eurent jeté sur l'épilepsie jacksonnienne traumatique ou non traumatique un jour nouveau, Horsley, Mac Ewen, Keen, Nancrède entreprirent de compléter l'opération en faisant l'ablation du ou des centres de l'écorce d'où partait le signal-symptôme.

Les résultats qu'ils obtinrent furent brillants. J'ai eu recours à cette méthode dans mon dixième cas, qui, du reste, s'y prêtait fort bien, le signal-symptôme étant limité au centre pour les mouvements du pouce droit. Voici en deux mots le cas :

Violent coup de barre de fer, il y a deux ans, sur la région pariéto-temporale gauche. Fracture évidente de cette région laissée sans traitement. En correspondance du centre pour les mouvements du membre supérieur gauche se trouve un enfoncement du crâne. Début des accès d'épilepsie jacksonnienne, quatre mois après le traumatisme.

Au moment de l'intervention 20 à 30 accès par jour, débutant par le pouce et ne s'étendant pas au delà du membre supérieur droit. Trépanation, il y a six mois, de la région motrice à gauche : outre l'enfoncement avec trait de fracture ancienne, je trouve une déchirure de la dure-mère adhérente au trait de fracture; en plus une cicatrice corticale, que j'excise. Ayant déterminé avant d'ouvrir le crâne, le centre pour les mouvements du pouce, je fais l'excision de celui-ci.

Le résultat immédiat fut une paralysie du pouce et de la main qui ne céda que très lentement (3 mois) et du reste incomplètement. Les mouvements revinrent tous peu à peu, sauf ceux d'abduction et d'extension du pouce, lequel, encore actuellement (huit jours avant ma communication), reste à peu près paralysé.

En revanche, depuis la date de l'opération, plus aucun accès. Cet épileptique est-il complètement guéri? Je n'ose encore l'affirmer, car nous avons tous appris à nos dépens combien il faut être réservé dans ces pronostics post-opératoires, lorsqu'il s'agit d'épilepsie jacksonnienne. Toujours est-il que, malgré l'inconvénient de la paralysie du pouce gauche, il a repris son métier de manœuvre au chemin de fer qu'il s'était vu forcé d'abandonner par suite de son épilepsie.

Mes interventions dans les cas d'épilepsie essentielle ou soi-

disant essentielle ont été, sauf une, dont je vous entretiendrai quelques instants, calquées sur les procédés préconisés par Lucas-Championnière.

Les guérisons des premiers temps ne se sont pas maintenues, et, dans cette série, si les accès sont beaucoup moins fréquents, souvent moins violents après qu'avant l'intervention, il n'en est pas moins vrai que la guérison complète définitive n'a pas été obtenue. Ces résultats concordent du reste avec ceux des autres chirurgiens. Nous devons donc dire que dans les cas d'épilepsie essentielle, la trépanation simple n'amène tout au plus que de l'amélioration.

Ce quasi-échec de la trépanation dans l'épilepsie essentielle semblerait devoir enrayer les progrès de la chirurgie cérébrale dans le traitement de cette affection, si depuis quelque temps nos idées sur la pathogénie de l'épilepsie n'avaient subi de profondes modifications. Je ne puis entrer dans l'examen critique de la théorie de l'origine bulbaire de l'épilepsie.

Je ne la contesterai pas, si l'on m'accorde qu'à côté de l'épilepsie d'origine bulbaire il y a place pour l'épilepsie d'origine corticale. Celle-ci demande a être mieux étudiée, mieux connue, et ses symptômes mieux déterminés, car ils diffèrent, j'en suis convaincu, de ceux de l'épilepsie classique. Mais je ne puis m'attarder dans ce Congrès à discuter ce point.

J'en arrive au cas d'épilepsie essentielle traitée comme vous allez le voir, par un procédé très peu employé jusqu'ici.

Observation. — Un jeune homme épileptique se présente à la clinique pour être trépané. Les accès sont très fréquents et très violents, quelquefois un par jour, environ deux par semaine. Dans une première opération, je trépane la région motrice du côté droit. Résultat : disparition des accès pendant six mois. Puis reproduction des accès qui sont beaucoup moins intenses et très espacés, en moyenne 1 tous les huit jours. L'épileptique, qui se déclare fort heureux du résultat de la première intervention, revient me trouver pour être trépané de l'autre côté. Pendant les quelques jours qu'il séjourne dans le service auquel je suis attaché, il a deux accès.

J'assiste à l'un de ceux-ci, et remarque qu'il ne ressemble pas aux accès qui se produisaient avant toute intervention. C'est ainsi qu'au milieu du tumulte convulsif, on voit fort bien des secousses isolées du membre supérieur et du membre inférieur du côté droit.

La constatation de ce fait et les idées que m'ont données mes études sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux central concernant l'existence d'une véritable épilepsie corticale à distinguer de l'épilepsie bulbaire, m'engagèrent à essayer chez ce malade, après Horsley, Keen, l'exploration électrique de l'écorce en vue de rechercher si l'excitation physiologique des centres soit du membre supérieur droit, soit du membre inférieur droit, ne produirait pas l'explosion d'un accès.

L'exploration électrique de l'écorce fut réalisée en commun avec mon ami le Dr Verhoogen, de Bruxelles, qui s'occupe d'électrothérapie, en tâchant de nous conformer autant que possible aux données d'appareil indiquées par Horsley, dans les *Philosophical transactions*, année 1888, pour ses expériences d'exploration électrique de l'écorce. Voici brièvement ce qui se passa.

L'application des électrodes sur le centre pour les mouvements du membre supérieur amena une violente secousse dans celui-ci. Cependant nous avions eu soin que le courant fût supportable à la base de la langue. Une minime diminution dans la force du courant nous permit de reconnaître les centres principaux pour les mouvements du membre supérieur qui répondirent physiologiquement. Nous passâmes alors à l'exploration des centres pour les mouvements du membre inférieur. Dès que nous eûmes appliqué les électrodes, une violente secousse du membre inférieur se produisit, suivie immédiatement de secousses tonico-cloniques dans la moitié correspondante du corps. Je procédai à l'examen attentif des centres pour le membre inférieur, et constatai que sous les corpuscules de Pacchioni, dont l'empiétement sur cette portion d'écorce était assez marqué, se trouvait un exsudat jaunâtre fort minime, transparent, et qui d'abord avait passé inaperçu. Cet exsudat, large comme une pièce d'un centime, fut enlevé facilement malgré la déchirure d'une grosse veine aboutissant plus haut au sinus longitudinal supérieur. Résultat : disparition complète des accidents épileptiques pendant plusieurs semaines. Puis, tous les quatre ou cinq jours, vertiges épileptiques, si je puis m'exprimer ainsi, dans le membre supérieur droit; mais jusqu'au moment où j'ai perdu le malade de vue plus d'accès généralisé. Comme il n'est plus revenu me voir, et qu'il habite la même ville, je dois supposer que tout se maintient dans le *statu quo*.

Ces deux observations, Messieurs, ont surtout pour but de rappeler à l'attention du Congrès que nous avons à notre disposition deux moyens d'intervention chirurgicale cérébrale que nous ne devons pas négliger de mettre en pratique à l'occasion. Ces moyens sont : l'excision de portions de la zone motrice d'où part le signal-symptôme, et l'exploration électrique de l'écorce pour aller rechercher ces zones lorsque le signal-symptôme semble devoir être caché par l'ensemble des phénomènes épileptiques. Ce cas est intéressant à plusieurs points de vue. Je ne vous signalerai que celui de la physiologie de l'écorce chez l'homme, qui d'après les rares expériences de ceux qui ont réalisé ce procédé et la mienne concorde avec ce que nous en enseigne la pathologie.

Pour terminer, il me reste à vous dire comment dans le cas d'excision du centre du pouce j'ai déterminé au préalable la situation de celui-ci. Le procédé de mensuration cranio-topographique que j'adopte, surtout lorsqu'il s'agit de faire la recherche minu-

tieuse de centres très restreints, est celui de Poirier. 127 trépans sur le cadavre m'ont convaincu de l'excellence de ce procédé à tous les points de vue (voir *Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, fascicule I, 1893). Je déterminai dans mon cas le centre pour le pouce d'abord sur le crâne encore recouvert des parties molles. Lorsque mes mensurations m'eurent indiqué sa situation, je fis une marque avec la pointe du trépan dans l'os en correspondance du centre. Puis j'enlevai une rondelle avec le large trépan de Lucas-Championnière, en ayant soin d'y comprendre la marque qui me renseignait sur la situation exacte du centre du pouce. C'est cette rondelle qui me servit de point de repère en la mettant exactement et momentanément à sa place. J'excisai le centre du pouce, c'est-à-dire la petite portion d'écorce qui correspondait exactement à la marque faite avec la pointe du trépan. Il est certain que j'empiétai quelque peu sur le centre pour les mouvements de l'index et de la main, car il y eut paralysie temporaire de ces derniers. A ce moment je n'avais pas encore employé l'exploration électrique de l'écorce.

Lorsque l'occasion se présentera, je n'hésiterai pas à y recourir au besoin pour déterminer plus exactement le ou les centres que je désire reconnaître.

Traitement des déchirures complètes du périnée (*Résumé*),

Par le Dr S. Pozzi, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Par déchirures complètes du périnée, j'entends toutes celles qui font communiquer l'anus et la vulve et s'accompagnent d'une déchirure de la cloison recto-vaginale.

J'ai opéré 8 cas de ce genre par la méthode de Lawson Tait, modifiée par moi : voici quelle est ma manière de procéder.

L'avivement est obtenu à l'aide d'une incision transversale portant sur les débris de la cloison. Aux extrémités de celle-ci sont menées de haut en bas deux incisions verticales étendues de la hauteur des petites lèvres au pourtout de l'anus. Ceci fait, on creuse en décollant de manière à relever en haut le vagin avec les restes de la cloison.

Pour la suture, trois fils d'argent servent de soutien : l'un est placé sur le vagin, un deuxième à l'angle du décollement de la cloison recto-vaginale, un troisième sur le rectum.

L'affrontement est obtenu à l'aide d'un double surjet au catgut

réunissant entre elles les surfaces cruentées; enfin une suture superficielle termine l'opération.

Nouveau signe de l'occlusion intestinale par étranglement,

Par le Dr Michel Gangolphe, Agrégé, Chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Au cours d'une laparotomie pratiquée pour une hernie étranglée de l'hiatus de Winslow, j'avais été frappé de l'existence d'un épanchement intra-péritonéal sanguin très abondant, le péritoine paraissant du reste absolument indemme de toute péritonite. Le liquide ressemblait absolument à celui que l'on trouve dans les sacs herniaires pendant les kélotomies pour étranglement.

En clinique j'avais noté de la submatité dans les parties déclives, les flancs surtout. Je pensai dès lors que l'on pourrait peut-être diagnostiquer au lit du malade et sur la table d'opération, la nature, souvent si obscure, d'une occlusion intestinale, par la constatation de cet épanchement séro-sanguin intra-péritonéal.

Quelques mois plus tard, me basant sur ce symptôme (submatité), je proposai d'emblée la laparotomie, qui ne me fut accordée qu'au bout de vingt-quatre heures.

A l'ouverture du ventre, l'issue de liquide séro-sanguin fortement teinté me confirma dans mes prévisions. Malheureusement mes recherches restèrent vaines, ou du moins ne purent être prolongées assez longtemps. Le sujet opéré, faiblement anesthésié, tant son état était grave, succombait 2 ou 3 heures plus tard. A l'autopsie, je trouvai une anse étranglée, coupée par un nœud diverticulaire.

En recherchant dans la littérature les observations d'occlusion par étranglement, j'en trouvai facilement une vingtaine où se trouve signalé cet épanchement séro-sanguin, dont la valeur et la signification clinique sont du reste laissées dans l'ombre.

Des expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Morat nous ont montré la pathogénie de cet épanchement.

La ligature simple de l'intestin avec striction poussée à l'extrême au moyen d'un fil de soie ne détermine aucun épanchement.

a. Un tel mécanisme d'occlusion ne doit pas être fréquent en clinique; il faut perforer le mésentère pour pousser le lien constricteur circulaire.

b. L'étranglement d'une anse d'intestin grêle à travers un anneau de caoutchouc (toutes les précautions aseptiques étant prises) détermine un épanchement intra-péritonéal et intra-intestinal.

Le liquide épanché provient manifestement de l'anse étranglée, congestionnée, noire; il se produit très rapidement et est d'autant plus abondant que l'anse est plus longue.

Il n'est nullement le résultat d'une péritonite : la séreuse parait saine ailleurs que sur l'anse étranglée.

L'ouverture de cette dernière montre qu'elle contient du sang épanché en grande quantité; la muqueuse est congestionnée : si l'étranglement est moins serré on peut n'observer qu'un petit piqueté hémorragique sous-muqueux.

En somme l'épanchement provient de la gène de la circulation en retour et se produit dans le péritoine, de la même manière que dans le sac d'une hernie étranglée.

Cet épanchement peut être révélé sur le malade par la matité ou la submatité. Chez la femme peut-être pourrait-on constater par le toucher vaginal la distension du cul-de-sac postérieur. L'indication opératoire est aussi pressante que s'il s'agissait d'une hernie extérieure étranglée (signe de R. Tripier).

Au cours d'une laparotomie, l'issue d'un liquide séro-sanguin, sans péritonite, sans néoplasme, indiquera un étranglement par bride, diverticule, ou orifice intra-abdominal. Ce sera une indication pressante de continuer avec persévérance les investigations souvent si laborieuses de la laparotomie exploratrice. Refermer le ventre avant d'avoir levé l'obstacle, c'est condamner le malade à une mort certaine.

Considérations sur les plaies du diaphragme par la voie thoracique,

Par le Dr C.-D. Severeano, Professeur à la Faculté de médecine de Bucharest (Roumanie).

Le diaphragme, comme tout autre organe, est soumis à différentes affections congénitales (absence partielle ou totale, déplacement anormal); affections médicales ou chirurgicales. Nous pouvons citer parmi ces dernières, les plaies par armes à feu, par instruments piquants ou par fracture des côtes.

Le diagnostic de ces plaies est difficile. Dans le cas où l'intervention est possible, on fera la suture du diaphragme.

On trouve citées dans les auteurs des ruptures du diaphragme, qui occupent la portion musculaire gauche, ayant une direction oblique et les bords irréguliers. D'autres fois la rupture du diaphragme (par vomissement) à la suite d'ingestion d'une dose quelconque d'émétique, a lieu à l'endroit où le nerf intercostal passe

du thorax dans les parois abdominales. Chez un individu qui avait fait une chute de voiture, la rupture du diaphragme, en forme de semi-lune, s'étendait du sternum au centre aponévrotique. Dans un autre cas, un individu, ayant fait une chute dans les escaliers, eut une rupture semi-circulaire de la partie antérieure du diaphragme, de façon qu'il semblait seulement décollé des côtes.

Dans les cas, plus fréquents, de plaies directes du diaphragme par instruments tranchants, la solution de continuité est plus régulière. Dans le cas de Déleanu, l'orifice mesurait 4-5 centimètres et se trouvait dans la moitié gauche du diaphragme, entre la portion phrénique et la portion musculaire antérieure. Les bords de la plaie étaient réguliers et le diaphragme ne présentait aucun dépôt plastique, ni des adhérences avec les organes voisins. Dans notre cas, la plaie occupait aussi la portion gauche du diaphragme et présentait une direction oblique en arrière et en dehors, mesurant 7 centimètres de longueur et intéressant la portion musculaire du diaphragme vers la gauche.

En ce qui concerne le mécanisme dont ces plaies se produisent, nous devons nous rappeler que la voûte du diaphragme fait saillie dans l'intérieur de la cavité thoracique, jusqu'au niveau des cinquième et sixième côtes et parfois même, comme on observe à gauche, surtout jusqu'au niveau de la quatrième. Il s'en suit par conséquent que dans les plaies de la cavité thoracique, le diaphragme peut être atteint dans un point assez élevé, surtout au moment de l'expiration. Le fait que le diaphragme peut s'élever un peu plus du côté gauche que du côté droit, plaide en faveur de la possibilité d'atteindre plus facilement ce muscle dans les plaies du côté gauche.

Ce qu'il y a de caractéristique dans ces plaies, c'est la hernie dans la cavité thoracique des viscères abdominaux et spécialement de l'estomac et du duodénum. Le poumon ne fait jamais hernie dans la cavité abdominale, parce que, immédiatement qu'il y a une plaie du thorax et que l'air y pénètre soit de dehors, soit de l'estomac ou des poumons, l'équilibre étant rompu, le poumon se retire en haut et devient inerte, tandis que les intestins pleins d'air cherchent à quitter la cavité abdominale et passent dans le thorax, où ils trouvent un espace libre. Cette pénétration des organes abdominaux dans le thorax a lieu alors même que les plaies du diaphragme sont très petites, ce qui s'explique par l'impossibilité dans laquelle se trouve le diaphragme d'opposer de la résistance à l'action des muscles abdominaux. Il suffit que le diaphragme soit lésé par un instrument très effilé ou même par une balle de petit calibre, pour qu'une portion de l'estomac ou même

tout l'estomac avec partie de la masse intestinale, fasse hernie de l'abdomen et passe dans la cavité thoracique. Dans un cas cité par A. Paré, nous trouvons relaté le fait suivant : « Un capitaine, pendant un siège, avait été blessé par une balle qui, pénétrant par l'appendice xyphoïde, avait traversé le diaphragme. Le capitaine survécut (tout en souffrant) huit mois, et à l'autopsie on trouva le gros intestin engagé dans le thorax où il y avait pénétré par une plaie du diaphragme, qui n'admettait pas l'introduction du petit doigt. » Dans l'observation de Deleanu, la plaie du diaphragme, quoique mesurant seulement 4 à 5 centimètres, avait permis le passage dans la cavité thoracique de l'estomac et du duodénum. Dans le cas que nous avons observé, la plaie diaphragmatique mesurait 7 centimètres et avait permis le passage de tout l'estomac. Les hernies qu'on nomme accidentelles, pour les différencier des hernies congénitales, peuvent suivre immédiatement l'accident ou ne se former que graduellement.

Dans notre cas, ainsi que dans celui de Deleanu, la hernie s'était formée immédiatement, avec la seule différence que, dans le nôtre, il a été compliqué aussi de plaie de l'estomac.

Quelques auteurs ont donné comme signe, plus ou moins pathognomonique, des plaies du diaphragme, la production du rire sardonique, auquel se joignent d'autres symptômes : douleur, anxiété précordiale, pouls petit, filiforme, pâleur de la face, shock traumatique, collapsus, etc.

En effet, chez la plupart des personnes mortes à la suite de rupture du diaphragme, existe un rire sardonique, surtout si la rupture avait eu lieu au centre tendineux. Dans les cas cités par Percy, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 9, nous trouvons plusieurs exemples de ceux-ci : entre autres nous trouvons qu'un individu mort subitement dans un accès de vomissement et chez lequel une rupture du centre aponévrotique s'était produite, la béance de la bouche était prolongée latéralement et offrait l'apparence d'un rire convulsif. D'un autre côté, étant établi que dans les cas de plaies diaphragmatiques, les viscères abdominaux se trouvent presque toujours herniés dans la cavité thoracique, nous aurons quelques signes comme : excavation de la cavité abdominale et une proéminence de la cavité thoracique. Les cas cités par Percy sont dans ce sens. Cet auteur nous raconte qu'un conducteur de la diligence entre Paris et Calais, en montant un fardeau sur l'impériale, tomba sur une roue, puis sur le sol et mourut subitement. Percy, faisant l'examen du cadavre avec deux autres médecins, fut surpris de l'enfoncement prononcé de la partie supérieure de l'abdomen. Remarquant en même temps le rire que sa face exprimait, il émit l'opinion que le dia-

phragme pouvait être déchiré et que le thorax serait rempli au détriment de l'abdomen. En effet, l'autopsie découvrit une déchirure du diaphragme qui s'étendait du niveau du sternum au centre phrénique, par où les viscères abdominaux avaient pénétré dans le thorax et dans la cavité abdominale, surtout à l'hypogastre, une grande quantité de sang. D'une manière générale, on pourrait donner comme signes plus positifs des plaies du diaphragme, le rire convulsif, la proéminence du thorax et l'excavation abdominale. Ceux-ci sont vrais, dans les cas où il n'existe pas de plaie pénétrante du thorax.

D'autres auteurs, comme Tillaux, soutiennent que le rire sardonique ne s'observerait pas dans tous les cas de déchirure du diaphragme. Dans les deux cas que nous avons observés (obs. II et III) nous n'avons pas constaté le rire sardonique. Nous pouvons ajouter à ces symptômes toute la série des symptômes, tant locaux que généraux, qui s'observent dans les plaies du thorax ainsi que dans celles de l'abdomen, dans le cas où un de ces organes vient à être lésé.

En général, le pronostic de ces plaies est extrêmement grave. Presque tous les cas observés ont été suivis de mort, après un temps plus ou moins long.

Nous pouvons nous rendre bien compte de la gravité de la maladie, si en dehors de la gravité que présentent les plaies propres du diaphragme, nous avons en vue les conséquences de la plaie thoracique ou la lésion des organes abdominaux. On cite néanmoins des cas où des malades ont été guéris, conservant quelques traces de leur lésión. Dans une des observations que nous publions, le malade a survécu encore trois ans, et si la hernie ne s'était pas étranglée, il aurait certainement vécu encore longtemps. Il arrive parfois, aussi, que le diaphragme fasse complètement défaut. Diemerbroeck assure l'avoir vu en disséquant le cadavre d'un enfant, et tant qu'il a vécu, cet enfant n'a eu d'autres inconvénients qu'une toux fréquente. Quoi qu'il en soit, si la plaie du diaphragme ne tue pas immédiatement, elle donne naissance à des infirmités, savoir : constipation opiniâtre, syncopes, vomissements, douleurs dans la poitrine et dans la région stomacale, coliques, en un mot des signes d'incarcération, comme le fait s'est passé dans notre dernière observation. La déchirure produite par la plaie du diaphragme se cicatrise de façon que l'orifice reste ouvert et tend même à augmenter. On trouve l'explication de ce fait dans la contraction continuelle du muscle qui ne permet pas ainsi le rapprochement des bords de la plaie, ainsi que dans la pression continue que les organes abdominaux exercent sur le diaphragme, de façon que souvent la terminaison par hernie étranglée est fatale.

Traitement. — Dans le cas où le malade ne meurt pas immédiatement, outre le traitement des complications, on laisse les malades dans le décubitus dorsal, le thorax sur un plan plus élevé, ce qu'on obtient ordinairement par des coussins; les cuisses seront fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, de façon que le malade ne soit pas obligé de faire des efforts. Le malade une fois guéri, il doit se garder de faire beaucoup de mouvements et des efforts, ne pas marcher beaucoup, éviter la production des gaz intestinaux, par l'ingestion d'aliments azotés, comme : haricots, lentilles, petits pois, choucroute ou de boissons acidulées comme : eau gazeuse, etc.

Observation I. — *Plaie pénétrante thoracique par coup de couteau. — Plaie du diaphragme. — Hernie de l'estomac. — Incarcération après trois ans. — Mort* [1].

Joseph Mustatea, né à Ramna (Banat, Autriche-Hongrie), vingt-sept ans, étudiant en lettres.

Ses parents sont morts; a une hérédité tuberculeuse unilatérale (le père); pas d'antécédents d'aliénation mentale, ni alcoolisme, pas même chez les ascendants. Il a fait les premières études dans le séminaire de Blaji. D'après le dire de ses amis, il avait une imagination expansive dans le sens des idées religieuses (monomanie religieuse). Chrétien convaincu, prêt à se sacrifier. Ainsi, trois ans auparavant, interne à l'institut de Pesth, sort un beau matin dans le jardin de l'institut avec sa raison perdue. Sa seule préoccupation était de convaincre les mauvais esprits, qui le soupçonnaient ne pas croire en l'Etre divin; il pense au moyen de leur prouver sa foi, et trouve que la meilleure preuve serait de se suicider. Il fait une tentative de suicide, probablement avec un couteau. Dans la région du cœur il porte une cicatrice transversale mesurant 3 à 4 centimètres.

Au dire du malade, il a eu la fièvre intermittente, depuis quelque temps il souffrait de l'estomac et en même temps il était dyspeptique et avait des épistaxis prolongées, qui l'ont rendu anémique. Entré à l'hôpital Colzea, dans le service de clinique interne, déclare que depuis quatre ou cinq jours il a été saisi d'un léger frisson, suivi d'une chaleur qui allait en augmentant, de douleurs à l'épigastre qui s'irradiaient dans tout l'abdomen.

Le 12 mai, jour de son entrée à l'hôpital, il présente les phénomènes d'une fièvre continue. Température vespérale, 40°; le matin à peu près la même température que le soir.

Le 14 mai, température du matin, 40°,4; le soir, 39°,5; facies abdominal, épigastre douloureux, abdomen ballonné, les fosses iliaques très sensibles, la peau sèche; il n'a transpiré que le dernier jour de sa vie et à son entrée à l'hôpital il se plaignait d'une soif intense et de nausées. Il a eu d'abord des nausées, puis des vomissements; léger subdéli-

1. Voir *Spitalul*, 1886, p. 244, observations du Dr Deleanu.

rium, le pouls est petit, fréquent, dépressible, 120-130 pulsations par minute, constipation opiniâtre, faiblesse, céphalalgie, urine colorée. Il parlait d'une façon interrompue, avait des douleurs atroces dans les régions épigastriques et précordiales, la face était congestionnée et les vomissements continus.

Examen du thorax. — Respiration puérile à droite, tympanisme prononcé au moment de l'agonie, à gauche (produit par dilatation de la base du cône stomacal), sur une grande étendue.

L'auscultation fait percevoir un son métallique très prononcé, qui s'entendait des deux côtés du thorax, comme si c'étaient deux cœurs. Ce son se propage vers l'aisselle gauche. Dans le poumon gauche, le murmure vésiculaire s'entendait au sommet, beaucoup plus rude et soufflant. (Sueurs froides dans les derniers moments de la vie.) Du vivant du malade un diagnostic sûr a été impossible, car il n'a vécu que deux jours et demi.

Le traitement a été symptomatique : quinine, antipyrine, décoction de quinquina et sinapisme sur la région épigastrique; potion de Rivière, huile de ricin avec infusion de sené, quatre injections d'éther (à un gramme chacune).

Le malade meurt le 15 mai, à cinq heures du matin.

Autopsie. — Comme aspect général, le corps présente une pâleur chlorotique, autrement bien développé et pas trop amaigri. La boîte cranienne est bien conformée, les yeux enfoncés et entrebâillés, la bouche ouverte, les dents couvertes de fuliginosités, la langue comme rouillée, rude et sèche. Rien d'anormal sur le cou.

Le thorax un peu plus voussé dans la région précordiale. A 3 ou 4 centimètres sous le mamelon gauche, on observe la présence d'une cicatrice mesurant 3 à 4 centimètres, parallèle aux côtes, entre la quatrième et la cinquième côte. La largeur de la cicatrice ne dépasse pas un centimètre. Cette cicatrice est le témoignage de la tentative du suicide mentionnée à l'anamnèse.

L'abdomen, un peu déprimé, ne dénote rien d'anormal. Les membres, rigides dans leur position normale, ne présentent aucune particularité. La rigidité cadavérique est peu prononcée. La boîte cranienne ouverte, les méninges apparaissent injectées. Le cerveau est congestionné. Des sections transversales et longitudinales de la substance cérébrale ne dénotent rien d'anormal.

A l'ouverture du thorax, la vue est frappée par une *tumeur ovoïde avec la base en haut,* ayant approximativement dix centimètres sur son diamètre transversal et quinze sur le diamètre longitudinal; située dans la moitié gauche de la cavité thoracique, elle s'étend du diaphragme jusqu'aux trois quarts de la cavité pleurale gauche; le poumon est refoulé vers la partie supérieure. La tumeur avait une couleur blanche argentine, couverte de veines, une consistance molle, se déplaçant facilement par la pression, sonore à la percussion; elle était formée par l'estomac hernié à travers la partie gauche et antérieure du diaphragme.

En haut, en déplaçant l'estomac, nous trouvons à sa gauche le duodénum, et le cœur est refoulé à droite de la colonne vertébrale. L'orifice

du diaphragme, à travers lequel l'estomac et le duodénum avaient fait hernie, était situé au milieu de la moitié gauche, sur la limite des portions phrénique et musculaires. A la partie antérieure de l'orifice, nous trouvons des fibres musculaires radiées, et à la partie postérieure, le tissu fibreux du centre phrénique. L'orifice a un diamètre de 3 à 4 centimètres avec les bords réguliers.

Les viscères herniés étaient étranglés, témoin la congestion des veines. Le poumon gauche, réduit au quart de son volume, non congestionné et refoulé vers le haut. Le poumon droit, appuyé sur le cœur et congestionné.

L'estomac contient des restes d'aliments et un abondant liquide noirâtre d'odeur alcoolique. La muqueuse est très congestionnée et tuméfiée, ce qui peut être expliqué par l'étranglement et l'état cadavérique depuis plusieurs jours.

Le cœur dévié, un peu gras, rien d'anormal. Le foie augmenté de volume, gras et infiltré de bile. La vésicule biliaire pleine de bile. La rate anémiée, son volume à peu près le double, sa substance ramollie, rosacée. Les reins normaux, la vessie urinaire de même.

Le côlon, le cæcum et l'intestin grêle sont injectés, sans autres lésions pathologiques.

Obs. II. — *Plaie pénétrante du thorax par coup de couteau. — Plaie du diaphragme, de l'estomac, du poumon. — Hernie de l'estomac dans le thorax. — Résection de deux côtes. — Suture des plaies. — Réduction de la hernie. — Mort.*

La femme *Floarea Jonita*, née à Bucharest, quarante-huit ans, ménagère, a été reçue par l'interne du service le 5 décembre, à neuf heures du soir, se contentant de lui faire un pansement sans lui donner d'autres secours. Elle nous raconte qu'à la suite d'une dispute qu'elle a eue avec son mari, qui était complètement ivre, celui-ci l'a frappée d'un coup de couteau. La malade présente du côté gauche du thorax une plaie par instrument tranchant, au-dessous de l'aisselle et au niveau de la sixième et de la septième côte.

La plaie, dirigée du haut en bas, mesure une longueur de 5 à 6 centimètres. Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate, outre les douleurs que la malade accuse, de la dyspnée, de la matité à ce niveau et une hémorragie abondante. On fait un premier pansement. Le lendemain, 6 décembre, à neuf heures du matin, quand nous avons vu la malade, en défaisant le pansement qui était imbibé de sang et introduisant le doigt dans la plaie, nous constatâmes outre une hémorragie abondante dans la cavité pleurale, la section complète de la sixième côte et incomplète de la septième.

Nous avions donc affaire à une plaie pénétrante du thorax et une hémorragie consécutive, laquelle, étant fort abondante, nécessitait une intervention. La quantité du sang déjà perdue pouvait être évaluée à 400 ou 500 grammes, et la cavité était encore remplie. Avec le doigt introduit entre les fragments, nous avons fait sortir le liquide et des substances solides : feuilles de chou d'une odeur fétide. Pour mieux nettoyer la cavité, nous avons cru convenable de réséquer une partie de la côte.

Lorsque j'avais retiré la première feuille de chou, nous avions cru qu'elle avait été appliquée sur la plaie, selon l'habitude du peuple, et qu'elle avait été absorbée dans la cavité par les mouvements d'inspiration. On chloroformise la malade et on fait l'antisepsie de la région. Pour pénétrer dans la cavité, on résèque la sixième côte sur une étendue de 8 centimètres, à la suite de quoi on constate dans la cavité pleurale : des betteraves, du chou, des morceaux de concombre, des cornes grecques et d'autres matières alimentaires, ainsi qu'une partie de la grande courbure de l'estomac, qui avait fait hernie dans la cavité thoracique. On résèque aussi la septième côte sur une étendue de 8 centimètres, afin d'élargir le champ opératoire et de pouvoir ainsi suivre la plaie de l'estomac. On constate comme lésions que le lobe inférieur du poumon gauche est traversé de part en part d'une plaie tranchante, longue de 6 centimètres. On fait la suture des deux faces du poumon avec du catgut n° 1. Le poumon s'est retiré vers la partie supérieure de la cavité, il ne fonctionne plus. L'estomac préalablement lavé à l'acide borique en solution à 4 p. 100, on procède à sa suture en nous servant de catgut stérilisé et on le réduit dans la cavité abdominale avec une certaine difficulté. Après cette opération, on constate que le diaphragme présente une plaie mesurant 7 centimètres de longueur, qu'on réunit par sept points de suture au catgut. On suture enfin la plaie externe du thorax en appliquant d'abord six points profonds pour la suture des muscles, et on pratique le drainage de la cavité avec de la gaze iodoformée en terminant l'opération par la suture de la peau par douze points. La malade s'affaiblit et on lui fait des injections d'éther.

Une demi-heure après l'opération, la température était de 37°,5. La malade est affaiblie, on lui fait des injections de caféine.

Une heure après l'opération, le pouls devient imperceptible. Trois heures plus tard, elle succombait.

Autopsie. — A l'autopsie, on a trouvé la plaie du thorax longue de 14 centimètres; au-dessous la sixième et la septième côtes réséquées sur une étendue de 8 centimètres. Dans la cavité pleurale gauche existait environ 300 grammes d'une sérosité sanguinolente, le poumon est tassé à la partie supérieure de la cavité; la partie d'en bas du lobe inférieur coupée et suturée. Sur la face convexe du diaphragme, on trouve la plaie dont nous avons parlé, les sutures sont bien faites. La plaie est régulière. On ne trouve rien autre chose dans la cavité thoracique. A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve à la face antérieure de l'estomac, sur la grande tubérosité, une plaie longue de 8 centimètres; la suture était bien faite. On ne trouve rien dans la cavité de l'estomac; les intestins contenaient des matières alimentaires. Le rein droit petit et en dégénérescence kystique. L'utérus et les ovaires normaux et petits.

Le foie normal.

L'accident avait eu lieu en pleine digestion.

Obs. III. — *Plaie par armes à feu (fusil militaire, balle sphérique).* — *Plaie pénétrante du thorax; deux plaies de l'estomac; balle arrêtée dans*

le foie; trois calculs biliaires dans le canal cystique, mort après huit jours. (Inédite.)

Autopsie. — Plaie pénétrante du thorax à gauche entre la deuxième et la troisième côte, à 5 centimètres du sternum; la balle a glissé en bas sur la face externe du poumon, a traversé le diaphragme à quatre doigts de l'insertion aux côtes, a pénétré dans l'estomac par le côté gauche, est sortie par la petite courbure et a percé le foie à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Le fait se passe en 1860. Cette observation n'est peut-être pas tout à fait complète, car elle avait été prise au début de mes études médicales et alors que l'intervention chirurgicale ne se faisait qu'à grande peur. La malade était une cabaretière de campagne, qui avait été attaquée par des voleurs et fusillée par la fenêtre. Amenée dans le service, elle présentait une plaie de la face antérieure du côté gauche du thorax, à 5 centimètres en dehors du bord du sternum, dans l'espace compris entre la deuxième et la troisième côte. La plaie ronde, et les parties environnantes étaient contuses. Par un examen avec un stylet de trousse et avec assez de facilité et d'attention, nous avons pénétré facilement dans la cavité. Nous avons appliqué le pansement en usage à cette époque, et à la visite du lendemain notre chef ayant essayé et ne pouvant pénétrer avec le stylet, a diagnostiqué : *plaie par arme à feu non pénétrante.* Croyant avoir commis une erreur dans notre examen, nous n'avons pas eu le courage d'informer le chef du service que nous avions pénétré avec le stylet dans la cavité et nous laissâmes les choses suivre leur cours. La malade alla de mal en pire, des signes de péritonite apparurent et enfin elle succomba. A l'autopsie, nous découvrîmes les lésions suivantes; nous n'insisterons que sur les lésions qui nous intéressent. La balle avait pénétré entre la deuxième et la troisième côte gauche, près du sternum, avait ricoché sur la face externe du poumon, avait écorché la partie d'en bas du lobe inférieur et traversé le diaphragme à 5 centimètres de l'insertion costale; aucune hernie ne s'était produite; de ce point la balle avait pénétré dans l'estomac par son fond vers la convexité et était ressortie par la partie concave, près du pylore, et était entrée dans le foie par le hile où elle a été trouvée à une profondeur de 4 à 5 centimètres. On a trouvé en plus 3 calculs dans le canal cystique, d'un volume d'une grande noisette chacun.

Estomac complètement vide, et dans la cavité abdominale liquide mélangé avec des matières. La plaie du diaphragme était très petite et c'est là peut-être la cause qu'aucun organe abdominal n'a été hernié, ce à quoi je crois que l'état de vacuité de l'estomac a aussi contribué.

Conclusions.

La chirurgie doit-elle intervenir dans les plaies du diaphragme dirigées du haut en bas? Nous croyons que oui, dans les cas où on pourrait déterminer qu'un organe abdominal est hernié et à plus forte raison quand il est blessé.

Dans les deux premières observations, l'intervention était obli-

gatoire; dans le premier cas plus tard, mais dans le second cas, les lésions existantes réclamaient une intervention plus rapide et le résultat aurait été satisfaisant. Dans l'observation de Deleanu, on n'a certainement rien à reprocher à la non-intervention immédiate, car le malade n'avait pas présenté de symptômes graves et n'avait été soigné par aucun médecin; tandis que l'intervention secondaire était obligatoire, car il existait des symptômes assez manifestes d'incarcération et on aurait dû penser à la possibilité d'une plaie du diaphragme faite à travers le thorax et dans laquelle une hernie pouvait se faire et s'étrangler plus tard; en tout cas une « laparotomie exploratrice » était absolument indiquée. Le malade, reçu dans un service de médecine interne, avait été soigné comme tel : le docteur Deleanu, qui à cette époque était simple étudiant, ne saurait être incriminé.

Par conséquent, ce cas important est perdu pour la science; il nous servira cependant d'exemple pour l'avenir en nous montrant combien nous devons utiliser tous les éléments dans des cas pareils. Les choses ne se sont pas passées de même dans le second cas. L'intervention dans ce cas était obligatoire et on aurait pu et on aurait dû y avoir immédiatement recours et nous aurions pu peut-être sauver la femme. La malade a été blessée vers huit heures du soir et à neuf heures elle a été transportée dans le service.

Le personnel de l'hôpital, croyant avoir affaire à une plaie simple, n'a pas informé ni le chef de clinique, ni le second médecin assistant, ni nous-même, qui le lendemain seulement vers dix heures du matin, quand nous sommes arrivé au lit de la malade, en défaisant le pansement, nous avons vu que nous avions affaire à une plaie des plus graves. Immédiatement, toutes les précautions nécessaires étant prises, on a fait passer la malade dans la salle d'opération et, entouré de tous les moyens antiseptiques, nous avons introduit le doigt dans la plaie et avons trouvé la sixième côte complètement sectionnée. Par la plaie s'écoulait une grande quantité de liquide sanguinolent d'une odeur désagréablement aigre. Le doigt engagé entre les deux fragments a ouvert largement la plaie à travers laquelle est sortie, en même temps que le liquide, une feuille de chou mesurant 8 à 10 centimètres de diamètre. Nous avions cru que cette feuille de chou avait été appliquée sur la plaie, suivant la coutume du peuple, et qu'elle avait été absorbée dans le thorax dans les mouvements d'inspiration, mais une seconde, une troisième feuille se présentèrent, en même temps que des morceaux de piment, de concombre, du riz, etc.; alors nous fûmes sûr d'avoir affaire à des aliments. Nous avons prolongé la plaie par en bas, sur la ligne qui des-

cend de l'aisselle sur le milieu de la crête iliaque, dans une étendue de 12 centimètres.

Nous avons réséqué une partie du fragment postérieur de la sixième côte, nous avons évacué tout le contenu étranger de la cavité thoracique gauche et nous avons constaté dans cette cavité la présence de l'estomac qui se présentait comme une tumeur assez grande. Nul doute, par conséquent, que le diaphragme et l'estomac étaient sectionnés et que ce dernier avait passé dans le thorax à travers la plaie.

Pour nous donner plus d'espace, nous avons réséqué aussi une partie de la septième côte, sur une étendue de 8 centimètres, comme nous avions fait sur la sixième côte. Par ce moyen, nous nous sommes frayé une voie assez large pour que nous puissions travailler facilement sur les plaies. La cavité de l'estomac ainsi que celle du thorax ont été lavées avec une *grande quantité* d'eau boriquée à 4 0/0 jusqu'à ce qu'il n'est plus rien resté, car en même temps que l'eau coulait notre main nettoyait toutes les dépressions pour enlever tout.

Lorsque le lavage nous a paru complet, nous avons appliqué 22 points de suture au catgut n° 4 sur la plaie stomacale. On a lavé encore une fois, on a touché avec de l'eau phéniquée à 5 0/0 et on a introduit dans la cavité abdominale et après avoir bien nettoyé la cavité thoracique avec des tampons stérilisés, et après avoir fait la suture de la plaie du diaphragme, on a touché celle-ci à l'acide phénique. La cavité ayant été nettoyée avec des tampons, et la plaie tégumentaire fermée, une mèche de gaze iodoformée fut laissée.

L'application des sutures fut très difficile à cause des mouvements du diaphragme et du cœur, lequel, par son poids et ses mouvements rythmiques et fréquents, interceptait notre voie et c'est à grand'peine que nous pouvions avec la main le refouler du côté droit du thorax. Le poumon gauche était enfoui à la partie supérieure de la cavité et complètement inerte; le lobe inférieur présentait une plaie longue de 4 à 5 centimètres par laquelle le couteau avait passé et sur laquelle nous avons fait la suture de la plèvre avec du catgut n° 1 sur les deux faces.

L'opération a été faite dans les conditions les plus désavantageuses; la malade avait de l'hypothermie; pouvions-nous cependant nous croiser les bras? Non, et voilà pourquoi nous avons tenté un dernier essai. Peut-être les chances de réussite eussent-elles été beaucoup plus grandes si au lieu de faire l'opération après treize heures nous avions intervenu immédiatement après l'accident, alors que la plaie n'avait pas encore eu le temps de s'infecter.

Ce cas, comme le premier, nous servira d'enseignement; il nous montre que, dans des occasions pareilles, nous ne devons perdre un seul instant pour intervenir d'une façon énergique par la voie chirurgicale, soit immédiatement, comme dans notre cas, soit secondairement, comme dans le cas cité par Deleanu.

En ce qui concerne le troisième cas, on n'est pas intervenu et à cette époque on n'intervenait même pas dans de pareils cas. Aujourd'hui, par les moyens antiseptiques dont nous disposons, nous croyons que dès qu'une pareille blessure est soupçonnée, la chirurgie doit intervenir d'urgence, surtout lorsque des signes de hernie de viscères abdominaux apparaîtraient, ou qu'ils seraient blessés et que leur contenu pourrait s'écouler soit dans la cavité abdominale, comme dans la troisième observation, soit dans la cavité thoracique, comme dans la seconde observation, ou qu'ils seraient étranglés tardivement, comme dans la première observation.

Trois lipomes du mésentère,

Par le Dr Roux, Chirurgien de l'Hôpital cantonal, Professeur à l'Université de Lausanne (Suisse).

Observation I. — *Fibro-lipome du mésentère de l'S iliaque, plongeant dans le bassin en tumeur multiple et rétro-péritonéale. — Excision. — Guérison.* (Résumé [1].)

Mme Clémentine A., âgée de quarante-six ans, Franc-Comtoise, entre à l'Hôpital cantonal le 20 mars 1891 pour se faire enlever une tumeur qu'elle a remarquée depuis deux ans et demi, et qui cause des troubles de la miction dès le printemps 1890, tandis que l'urine est normale.

Malade assez maigre, réglée; présente un utérus antéfléchi; dans le cul-de-sac postérieur une tumeur ronde, lisse, dure, grosse comme la tête d'un enfant, soudée à une deuxième tumeur en tous points semblable qui empiète sur la fosse iliaque droite, s'avance vers l'ombilic et dépasse la ligne médiane. La surface de cette seconde tumeur offre quelques bosselures surbaissées. La pression sur cette masse se communique à la première, comme à l'utérus.

Dans la fosse iliaque gauche une autre tumeur, en relation avec la précédente, mais pas avec l'utérus, tumeur mobile, à surface moins lisse, moins régulière, moins dure que les autres, qui s'engage dans la loge du rognon gauche.

Rien au cœur, ni aux poumons.

1. Sera publiée *in extenso* dans la thèse du Dr Belkowsky, qui étudie la structure histologique et le point de départ de la tumeur (sous presse in *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1893, n° 7).

Opération le 24 mars 1891. Narcose à l'éther. Incision médiane de 18 centimètres. On reconnaît l'utérus et ses annexes, absolument indépendants des tumeurs. Les deux premières, accolées en huit à peine étranglé, sont séparées de la dernière par le rectum et l'S iliaque. Elles sont situées derrière le péritoine postérieur et soulèvent aussi le cæcum et l'appendice.

Une incision à droite du rectum permet de les énucléer sans peine et sans hémorragie notable.

Pour séparer l'S iliaque et le côlon de la tumeur de gauche, on sectionne un certain nombre de gros vaisseaux; mais après une incision de 8 centimètres, on s'aperçoit que l'intestin risque d'être privé d'un trop grand nombre de ses artères nourricières, et on attaque la tumeur par une autre incision, à gauche de l'S iliaque refoulé vers la ligne médiane. On réussit alors à dégager toute la masse, après quelques ligatures de vaisseaux assez importants; la tumeur semble un moment entraîner et contenir dans son pôle supérieur le rognon gauche, dont elle affecte la forme et prend la place.

Quelques sutures perdues assurent l'hémostase dans cette loge rénale en accolant les feuillets du mésentère déshabité avec la paroi postérieure.

On trouve encore une quatrième tumeur, de même nature que les deux premières, au pôle inférieur de la troisième, au point d'insertion du méso sur l'intestin; elle a le volume d'un œuf de poule et l'aspect d'un fibrome. Pour l'extraire, on doit fendre une capsule assez épaisse.

Craignant un accident, à cause des vaisseaux coupés sur l'S iliaque, on procède à un large drainage en ouvrant le triangle de Petit, par lequel on passe deux énormes drains de 26 centimètres et deux éponges, tous chemisés dans de la gaze iodoformée. Ceci fait, on suture l'incision dans la mésoflexure, aussi bien que l'autre, et procède à la suture étagée des parois abdominales.

Pansement complet, légèrement compressif.

On stimule la malade avec musc, strychnine, lavements de champagne. Elle souffre un peu et reçoit de la morphine.

La température maximum atteint 38° le soir du 3e et du 4e jour.

Le 27 mars, on ôte un des drains.

Le 28, on enlève l'autre, en retirant la gaze iodoformée et les éponges; on laisse un drain très court entre les lèvres de la plaie.

Le 1er avril, on ôte les points de suture sur la ligne blanche et retire le drain postérieur.

Le 22 du même mois, la malade nous quitte avec ses cicatrices parfaitement épidermisées et fermes; en très bon état général.

Les recherches entreprises par M. Belkowsky, sous la direction de M. le Prof. Stilling, font reconnaître qu'il s'agit ici d'un lipome du mésentère derrière l'S iliaque, lipome qui se transforme et se durcit à mesure qu'on se rapproche du bassin, au point que les deux tumeurs jumelles de droite sont des fibromes parfaits. En outre, M. Belkowsky croit pouvoir admettre que l'origine de la tumeur, ou plutôt des tumeurs, serait à rechercher dans les appendices épiploïques, tout au moins pour une partie d'entre elles.

Obs. II. — *Lipome du mésentère du côlon descendant et de l'S iliaque. — Excision, guérison.*

Mlle Rose R., âgée de quarante-neuf ans, ménagère, a toujours été anémique. Réglée depuis quatorze ans, avec douleurs prémonitoires et augmentation de sa constipation habituelle. A vingt-deux ans, une « inflammation d'entrailles » (?) de trois jours. A trente-trois ans les périodes deviennent irrégulières et le ventre commence à grossir insensiblement, sans douleurs (1876). Ménopause en 1882; elle a le sentiment d'un corps ballottant dans l'abdomen, à gauche en bas. Au mois de juin, elle ressent soudain des malaises, des faiblesses, suivis de quelques pertes pâles; ces espèces de crises accompagnées d'inappétence, de maux de tête, se répètent jusqu'à ce que son médecin nous l'envoie, le 22 septembre 1892, à l'Hôpital cantonal, pour opération.

Jamais de fièvre; jamais de vomissements.

L'urine ne renferme ni sucre, ni albumine.

La constipation est la règle.

État au 29 septembre : Malade pâle, anémique, avec panicule adipeux énorme. Cœur et poumons sains.

L'hymen intact nous force à nous contenter du toucher rectal : utérus petit, antéfléchi; à droite et à gauche, un petit fibrome pédiculé sur le fundus. On ne sent pas les ovaires. L'abdomen, remarquable par son volume, sa forme globuleuse et un panicule qui défie toute palpation exacte, ne présente pas de dilatations veineuses. Il contient à gauche une grosse tumeur ovoïde, rénitente, mobile, indépendante des organes du bassin, mais dont il est impossible de préciser les contours ou de décrire la surface.

On décide l'intervention sans diagnostic précis. Opération. Le lendemain, en narcose à l'éther, on sent que la tumeur offre une mobilité relative, qu'elle présente à son pourtour droit une ou deux échancrures analogues à celles d'une rate énorme et molle. On émet l'idée d'une tumeur du mésentère, sans oser préciser.

Incision de 29 centimètres, sur la ligne blanche. On reconnaît immédiatement un lipome du mésentère, qui a refoulé le côlon descendant et l'S iliaque au delà de la ligne médiane, en se développant entre les feuillets de leur méso, et qui s'engage dans l'hypocondre, remplissant également la fosse iliaque.

Une longue incision du péritoine, en dehors de l'intestin, permet d'énucléer la tumeur entière sans difficulté sérieuse et presque sans hémorragie, en sorte qu'on peut suturer l'incision dans le mésentère.

On voit en passant que le cæcum et l'appendice vermiforme sont appliqués directement dans la fosse iliaque droite, sans méso apparent.

On excise les deux petits fibromes utérins, de même que les ovaires, car on trouve accolé à l'ovaire gauche, qui est aplati, un kyste rougeâtre, à contenu séro-sanguin, du volume d'une prune mirabelle. L'ovaire droit est petit, grenu, scléreux, kystique.

Suture étagée. Suture-pansement.

Les suites ne présentent rien de particulier, à part un léger sphacèle

des bords de la peau, cousus trop serrés. La malade nous quitte le 26 octobre. Elle est en parfaite santé.

Examen de la tumeur par M. le Prof. Stilling : « Elle présente les caractères d'un lipome ordinaire.

« Poids : 3 kil. 320 grammes.

« La tumeur est composée de deux parties : l'une ronde, plus volumineuse, sur laquelle se greffe l'autre, aplatie, réniforme, avec plusieurs petits lobes.

« L'enveloppe des tumeurs est très mince, très peu vascularisée.

« Longueur de la tumeur entière : 39 centimètres; de la portion ronde : 25.

« Largeur de la partie supérieure : 29 centimètres; inférieure : 28 centimètres.

« Épaisseur en haut : 5 centimètres; en bas : 8 centimètres. »

Obs. III. — *Lipome du mésentère avec torsion de l'anse de l'intestin grêle correspondant. — Rétrécissement au niveau de la torsion; ulcération; accès d'obstruction intestinale à répétition, depuis trente-quatre ans. — Résection de l'anse intestinale longue de 1 m. 24; implantation iléo-colique. — Guérison.*

Ulysse R., âgé de quarante et un ans, maître valet à l'Asile rural d'Echichens, n'a pas d'antécédents héréditaires intéressants; il n'a jamais souffert d'autre maladie que celle pour laquelle il réclame spontanément une intervention. Celle-ci remonte à l'âge de sept ans, où le malade avait en moyenne 3 à 4 crises par année, tandis que peu à peu il en a eu environ une par mois. Ces crises d'obstruction intestinale complète durent en moyenne trois à quatre jours, sauf celle d'octobre 1892 qui resta limitée à deux jours, mais avec des douleurs beaucoup plus violentes, et celle de fin janvier 1890, au déclin de la célèbre épidémie d'influenza, qui dura quatorze jours et ne se termina que grâce à un lavement d'huile chaude de 5 litres!

L'accès, sur lequel l'état de la digestion ou la nature des aliments ne semble avoir aucune action, débute brusquement par une vive douleur près de l'ombilic, qui force le patient à cesser tout travail. Celle-ci est accompagnée par des vomissements, qui se répètent plus tard, et par une sensation de « barre » au travers du ventre; elle dure aussi longtemps que l'arrêt des vents et des selles et se laisse modérer par des injections de morphine seulement.

Après les trois ou quatre jours réglementaires et à l'aide de lavements, il se produit une sorte de débâcle diarrhéique avec forts gargouillements dans tout l'abdomen; et l'obstruction, qui était absolue, cesse tout à coup, laissant le malade épuisé.

Les gargouillements continuent quelque temps après la crise, mais le malade ne sait localiser leur point de départ ou d'arrivée; ils tiennent tout le ventre.

Les douleurs ne s'irradient ni dans l'épaule, ni dans la région du foie, des lombes, ni dans la verge, le scrotum ou les jambes.

Pendant la crise, l'urine diminue beaucoup en quantité, gagne en coloration.

Il n'y a pas de fièvre.

L'inappétence est complète; l'ingestion d'aliments provoque ou augmente les vomissements et les douleurs.

Jamais de calcul ou de sang dans les selles, ni d'entozoaires.

Entre les crises, le malade reste maigre, mais sans aucun malaise : il n'a jamais de point douloureux ou sensible.

L'alerte de janvier-février 1890 nous avait engagé à lui proposer une opération entre deux crises, après avoir réussi à lever momentanément l'obstacle. Nous avions été appelé par MM. les docteurs Cérésole et Morax, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour procéder éventuellement à une laparotomie, le treizième jour d'un accès d'occlusion absolue. Outre le ballonnement énorme, ce qui nous avait frappé à cette époque, c'était la masse pâteuse mollasse que nous avions sentie, au toucher rectal, derrière la vessie, et que nous avions prise pour des anses grêles bondées de matières fécales. Le malade placé avec le siège élevé, sur de nombreux coussins, dans la position d'un A majuscule, reçut au moyen d'un simple entonnoir et dans l'espace voulu d'un quart d'heure 5 litres ou plus d'huile tiède; après quoi, il eut d'abondantes évacuations qui amenèrent la fin de la crise.

Le malade réfléchit dès lors à notre proposition et se décida enfin, sur le pressant conseil du Dr Morax et en voyant ses crises se rapprocher et s'aggraver, à entrer dans notre clinique privée le 21 novembre 1892.

État présent : Ulysse R. est maigre, un peu pâle; quoique travaillant beaucoup, il ne semble pas très fort de musculature. Son ventre est plat et souple. Dans la fosse iliaque droite, on sent facilement l'appendice vermiforme normal.

Rien dans la région de la vésicule biliaire ou des reins. Les deux anneaux cruraux sont faibles.

La veine épigastrique droite est dilatée, pas la gauche.

La percussion, la palpation brusque ou les striations rapides et profondes de l'abdomen ne provoquent aucun gargouillement; on ne voit pas d'anse intestinale se dessiner sous la peau.

Rien au cœur, aux poumons.

Pas d'albumine, ni de sucre dans l'urine.

En l'absence de maladie occasionnelle connue, puisque les crises remontent à un âge très tendre, de début localisé pour les douleurs ou les gargouillements, la longue survie nous permettant d'exclure une tumeur maligne, nous abandonnons l'idée d'une incarcération herniaire interne, d'une occlusion par bride pour diagnostiquer :

Un *rétrécissement intrinsèque* de l'intestin grêle d'origine probablement inflammatoire, plutôt que fœtale.

Opération le 23 novembre, avec l'aide des Drs Morax, Leresche, Bégoune.

Narcose à l'éther (après injection de morphine-atropine). Incision de 10 centimètres sous l'ombilic, où l'on croit sentir en narcose une certaine résistance, comme derrière la vessie, au toucher rectal, avant la narcose.

On voit apparaître immédiatement un gros boudin, formé par deux

anses tordues l'une autour de l'autre, et qui sert de long pédicule à une masse qui pend dans le petit bassin comme une poire et au milieu de laquelle on trouve une tumeur graisseuse du volume d'une très grosse orange.

C'est un bouquet d'intestin grêle qu'on extrait sans peine et rejette en haut sur le ventre; vu par derrière, il se présente de la façon suivante (description rapide, sous dictée).

La base du pédicule siège sur l'iléon tout près du cæcum; celui-ci est couvert d'adhérences ou plutôt de fines membranes néoformées; l'appendice est libre et vide en apparence.

Le bout supérieur très augmenté de calibre reste au devant du bout inférieur (plus petit que normalement), qu'il côtoie intimement, sur un espace de 8 centimètres, accolé avec lui en canons de fusil par deux voiles d'adhérences si denses qu'il est impossible de savoir où se trouve le mésentère; puis il se coude et se rétrécit assez brusquement au diamètre du petit doigt (l'opérateur est très petit!) pour s'engager derrière le bout inférieur, le contourner et ressortir au devant de lui en le croisant, tous deux formant ici la partie la plus étroite du pédicule, longue de 4 centimètres.

Les deux anses divergent maintenant, réunies seulement par le mésentère, au centre duquel on trouve des masses bosselées, en forme d'amandes, qui paraissent être une collection de glandes lymphatiques engorgées, indurées; tandis que plus loin les anses s'éloignent encore l'une de l'autre, formant une double circonvolution dont l'une contient la tumeur graisseuse.

La diminution de calibre du bout inférieur, mentionnée à son entrée dans la valvule iléo-cæcale, se maintient dans la base du pédicule, rendant très inégaux les canons de fusil; elle devient extrême au point de torsion. L'anse générale isolée par la torsion est elle-même très notablement rétrécie dans sa totalité, plus encore que le bout inférieur iléo-cæcal (grosse comme le doigt où elle contourne, en la cerclant, la tumeur graisseuse).

Comprise entre les deux feuillets du mésentère à l'insertion viscérale, cette tumeur est jaunâtre, lobulée, de consistance molle, plus résistante dans son centre. Intimement soudée à l'intestin, elle paraît en avoir soulevé le péritoine, empiétant de chaque côté, de manière que l'iléon semble lui-même s'être creusé à l'équateur du néoplasme un sillon dans lequel il cache une partie de son calibre.

On pense tout d'abord à faire une simple anastomose longitudinale entre les canons de fusil; mais celle-ci n'est possible qu'en sectionnant la paroi mitoyenne dans laquelle nous allons rencontrer la masse des vaisseaux mésentériques. Outre une hémostase aussi laborieuse que nécessaire, à cause du calibre des artères, nous risquerons de provoquer, par quelque ligature involontaire mais inévitable, la gangrène d'une partie de l'anse libre et la mort du malade.

Après quelques secondes et quelques coups de ciseaux, nous abandonnons ce projet pour réséquer l'anse entière et supprimer la tumeur que nous aurions dû, sans cela, préparer pour elle-même.

Nous reprenons la séparation des canons de fusil, de manière à obtenir une longueur de 6 à 8 centimètres pour le segment iléo-cæcal, qui est obturé par 3 plans de suture, dont le dernier, au catgut, invagine quelque peu ce moignon inutile.

Section et hémostase du mésentère, très riche en vaisseaux ; section du bout supérieur à 3 centimètres avant sa participation au pédicule et implantation de cet intestin à angle droit, sur la moitié droite du côlon transverse attiré dans le champ opératoire.

La brièveté et le petit calibre du bout inférieur, ainsi que les nombreuses adhérences dans toute la région cæcale, auraient rendu trop chanceux l'abouchement circulaire dans l'iléon.

Pour l'implantation, nous suivons la même technique que pour la gastro-entérostomie.

L'iléon fermé par une pince est approché du côlon et fixé par 6 points séro-séreux.

Incision du côlon jusqu'à la muqueuse, exclusivement.

Suture continue séro-musculaire, sur toute la lèvre postérieure.

La pince lâchée après incision de la muqueuse du côlon, la suture continue, à étapes, est placée sur la muqueuse de tout le pourtour de l'orifice.

Suture séro-musculaire continue de la lèvre antérieure.

Quelques points de suture séro-séreuse de contrôle achèvent l'implantation.

Toilette à sec.

Clôture de l'opération par la suture étagée des parois abdominales, dont le dernier plan comprend une bandelette de gaze iodoformée, tout notre pansement.

L'aiguille employée pour toutes les sutures intestinales est une fine aiguille de couturière.

L'anse intestinale réséquée mesure 1 m. 24.

Les suites sont des plus simples : stimulé le premier jour par des injections de musc et strychnine, du champagne, le malade a la permission de manger ce qui lui fera plaisir dès qu'il le désire.

La température s'élève le soir du troisième jour à 38°,2 et le soir du dixième jour à 38°,3, avec un peu de toux, lorsque le malade s'est levé un peu trop longtemps.

Le seul fait à noter c'est une diarrhée persistante à partir du 28 novembre, alors que le patient mange de fort bon appétit de la viande et des légumes : nous attribuons ces évacuations demi-liquides à une féciﬁcation incomplète due à la suppression physiologique du côlon ascendant et d'un segment considérable de l'iléon.

Le malade nous quitte en bonne santé le 17 décembre, ayant toujours une ou deux selles par jour.

Il est actuellement plus fort et plus charnu qu'avant l'opération, sans diarrhée, mangeant de tout et beaucoup.

La pièce examinée et conservée par M. le professeur Stilling a laissé découvrir à l'endroit de la coudure et du rétrécissement maximum du bout supérieur, c'est-à-dire à l'endroit de la torsion proprement dite, une ulcération assez profonde de la muqueuse.

Nous voyons dans ces trois observations la même proportion de deux femmes pour un homme indiquée par Terrillon; par contre deux de nos tumeurs sont situées derrière le côlon descendant et l'S iliaque, rétablissant la proportion de fréquence en faveur du flanc gauche.

L'âge de nos trois malades appartient à la même période de quarante à cinquante ans; mais s'il est possible, et même probable, que les deux femmes ont bâti leur tumeur depuis la quarantième année, il est pour nous hors de doute que Ulysse R... portait son petit lipome dès l'âge de sept ans. Nous ne saurions admettre que ce néoplasme soit la conséquence, par stase veineuse, de la torsion intestinale; car en trente-quatre ans la tumeur aurait dû atteindre des dimensions bien autrement considérables, tandis qu'on s'explique fort bien le volvulus à répétition *provoqué* par les ballottements de cette tumeur pendant en clochette dans le petit bassin. Les nombreuses membranes observées dans la région du cæcum, ainsi que les adhérences serrées entre les deux anses grêles, au point de torsion, ne sont que la conséquence nécessaire de l'inflammation plastique qui accompagnait chaque accès un peu intense; l'ulcération elle-même doit être considérée comme la suite de l'obstruction et de la coudure intense au point le plus rétréci du pédicule.

Le point de départ de la tumeur dans cette troisième observation est évidemment l'interstice entre les feuillets du mésentère, exactement à son insertion sur l'intestin grêle.

Il en est probablement de même pour la tumeur du n° 2. Mme A. par contre (obs. I) offre une tumeur complexe, par le siège, le nombre, la nature et les rapports des différentes parties. Nous avons ici, comme du reste chez l'autre femme, une tumeur qui mérite le nom de « rétropéritonéale » proposé par l'illustre maître de l'hôpital Bichat [1]; une tumeur qui descend dans le bassin; en remplissant la fosse iliaque et le flanc jusque sous les côtes, comme cela est observé si souvent dans les lipomes du mésentère. Mais surtout ce qui distingue notre cas c'est que des quatre parties nettement individualisées qui la composent, les deux premières largement accolées en huit de chiffre, de même que la quatrième, beaucoup plus petite, ont subi une transformation fibreuse complète, pendant que la troisième, plus diffuse, celle qui remplit la fosse iliaque et envahit le flanc et l'hypocondre, a seule conservé la structure du lipome proprement dit. Et encore en voyons-nous l'extrémité inférieure déjà franchement fibromateuse. Le groupement de toutes ces parties, presque iso-

1. F. Terrier, *Revue de Chirurgie*, 1892.

lées, autour de l'S iliaque, qui s'engage dans le bassin au fond de l'échancrure laissée entre elles, a donné à M. le Professeur Stilling l'idée que l'origine de ces néoplasmes pourrait bien être recherchée dans la transformation des appendices épiploïques, au moins en partie. C'est ce qu'a tenté de prouver, dans sa thèse, M. Belkowsky, qui publie l'observation entière.

La combinaison du lipome mésentérique avec le fibrome n'est du reste pas rare. Par contre, l'existence de fibromes aussi volumineux dans le petit bassin, en dehors de toute connexion avec les organes génitaux, est assez rare pour que nous ayons le droit de regarder notre tumeur comme un lipome rétropéritonéal originaire de la fosse iliaque et descendu dans le bassin en subissant la transformation fibreuse.

Ce qui démontre bien dans ce cas la justesse de la dénomination de rétropéritonéale (Terrier), c'est qu'on voit la tumeur de droite, soulevant la séreuse, attirer au-devant d'elle (et au-dessus) le cæcum avec l'appendice vermiculaire.

Comme toujours ce sont les troubles mécaniques causés par la tumeur qui seuls amènent au chirurgien le propriétaire du lipome mésentérique.

Dans le premier et le dernier cas, c'est le siège anormal du néoplasme qui provoque chez la femme le syndrome pelvien et chez l'homme l'obstruction intestinale; chez celle-là, le *volume* des tumeurs explique certains phénomènes de compression; chez celui-ci, il faut une fatalité pour qu'une tumeur si petite et si bénigne ait comme conséquence la résection d'une anse intestinale de 1 mètre 24!

Dans l'observation II, au contraire, ce sont les malaises indéfinis propres à toutes les tumeurs abdominales quelque peu volumineuses qui décident la malade à recourir à l'intervention.

Ces troubles mécaniques n'ont cependant rien de commun avec ceux signalés par les auteurs qui ont observé ces tumeurs monumentales de 30 à 60 livres! On peut donc dire que nous avons eu la chance d'opérer de bonne heure : voilà pourquoi nos trois malades ont guéri; voilà pourquoi aussi nous n'avons pas observé ces troubles de nutrition si redoutés après l'opération. Nous avons du reste peine à croire que ces derniers proviennent réellement de la suppression des chylifères, etc.; car il nous semble tout indiqué d'attaquer la tumeur *en dehors* du côlon, où l'on ne fait qu'une simple section du péritoine, la préparation proprement dite de la tumeur se faisant presque « à blanc ». Il se peut toutefois que nous ayons eu des cas particulièrement favorables et qui ne rappellent pas même de loin les délabrements qu'ont été forcés de faire d'autres opérateurs.

Il est évident que la diarrhée observée chez Ulysse R., alors qu'il mangeait déjà copieusement et se trouvait fort bien, ne peut pas être comparée à celle signalée après l'excision d'un lipome même considérable, ou de toute autre tumeur du mésentère; car ici nous avions, outre la suppression d'un obstacle ralentissant l'effet de la péristaltique depuis trente-quatre ans, l'élimination de plus d'un mètre d'intestin fonctionnant encore le jour avant l'opération et enfin la mise en non-activité d'une bonne partie du côlon, à cause de l'implantation verticale.

D'autres troubles mécaniques ont fait défaut chez nos malades, non plus à cause du volume moindre des tumeurs, mais par suite de leur siège : ainsi l'ascite, l'enflure des pieds et la dilatation de la veine épigastrique droite — qui accompagnent volontiers les lipomes du flanc droit.

Quant au diagnostic, il est facile de comprendre pourquoi nous ne l'avons pas posé : chez la première malade, cependant, le prolongement de la tumeur, prise pour fibromyôme, vers l'hypocondre gauche aurait dû nous mettre sur la voie. Pour découvrir la tumeur chez notre homme, il aurait fallu combiner le palper bimanuel avec le toucher rectal, en narcose; mais une trouvaille si rare ne se laissera jamais soupçonner et restera probablement une *surprise*. Seule notre seconde opérée offrait quelques-uns des caractères signalés par les auteurs : la forme globuleuse et non batracoïde du ventre s'explique par le volume moyen de la tumeur; tandis que les autres signes et surtout la sensation particulière à la palpation sont assez caractéristiques, comme le dit Terrier, pour qu'on reconnaisse le lipome lorsqu'on a eu l'occasion d'en rencontrer déjà un. Au moment d'ouvrir le ventre de notre malade nous venions de lire, en montant à l'hôpital, le mémoire du chirurgien de Bichat et ce fut la crainte de la « suggestion » qui seule nous empêcha d'émettre l'idée d'un lipome du mésentère : maintenant nous croyons réellement avoir « fait connaissance » avec cette espèce de néoplasme, qui ne ressemble à aucune autre des tumeurs abdominales courantes.

Au point de vue opératoire, deux de nos succès démontrent l'avantage d'une opération entreprise de bonne heure, même sans attendre la maturité du diagnostic de la tumeur. Nous taxons d'absurde notre incision à droite de l'S iliaque dans la première intervention : seule rationnelle pour l'excision des deux tumeurs fibreuses en 8, elle aurait dû conserver ses dimensions, tandis que nous avons continué la section pendant 8 centimètres pour attaquer la tumeur rétrocolique, justiciable comme les lipomes du flanc droit exclusivement de l'incision externe. Cette bévue, heureusement interrompue, n'a pas eu de suite fâcheuse; mais elle

nous a forcé de faire une grosse ouverture de décharge — probablement inutile elle-même, vu l'irrigation abondante du gros intestin par un système d'artères non terminales.

On critiquera sûrement notre résection intestinale de 1 mètre 24 pour un lipome gros comme une orange! N'oublions pas que nous opérions non pas un lipome du mésentère, mais une obstruction intestinale chronique : si à ce titre notre tumeur mérite à peine de figurer dans la liste des lipomes du mésentère opérés et guéris, elle montre les conséquences éloignées du lipome mal logé.

L'anastomose longitudinale seule pouvait concourir avec la résection, laissant nécessaire l'excision de la tumeur. Mais le bout inférieur de l'iléon trop court et fixé nous forçait de pratiquer cette anastomose dans le pédicule même. Une section ailleurs que dans la paroi mitoyenne du canon de fusil à la base du pédicule était impossible; on n'aurait pu attirer les lèvres antérieures en contact réciproque.

Restait l'incision réunissant d'un coup les deux canons de fusil; mais il fallait sectionner à l'aveugle, s'exposer à une hémorragie sérieuse dont l'hémostase aurait nécessité un assez long travail dans l'intérieur de l'intestin, avec toutes ses chances d'infection; puis pour comble il aurait fallu courir le risque de priver de leurs artères nourricières les anses du bouquet intestinal pédiculé, qu'on ne pouvait reconnaître et ménager dans le centre du pédicule.

Pour faire une suture propre, rapide et sûre, il fallait opérer à l'aise, donc renoncer à utiliser le bout inférieur de l'iléon, le cæcum, fixés tous deux, et faire ce que nous recommandons vivement au critique, justement l'implantation latérale à trois plans de sutures. Ce mode de faire, comme nous l'avons exposé au Congrès, donne à toutes les sutures intestinales une telle sécurité que nous le préférons au procédé rapide à plaques ou boutons; car il nous permet d'alimenter nos malades dès le premier jour.

Permettez-moi, Messieurs, d'ajouter que j'ai généralisé l'emploi de l'implantation et que je la préfère aussi pour l'abouchement d'une anse grêle dans une autre : aussi facile, aussi bénigne, aussi rapide et plus rationnelle que l'anastomose longitudinale, elle conduit à une sorte de restauration idéale du tube cylindrique, comme j'ai pu m'en assurer après quelques mois.

Permettez-moi enfin, comme complément à mon système d'alimentation hâtive des opérés gastro-intestinaux, de vous signaler une modification de traitement post-opératoire des laparotomies en général.

La crainte de l'obstruction par parésie intestinale m'a conduit à

provoquer chez ces opérés-là, dès le second jour et à tout prix, une évacuation alvine : c'est dans ce but que je laisse lever et déambuler mes laparotomiés dès qu'il leur en prend fantaisie.

Je puis signaler des malades qui se sont levés au bout de 60 heures après hystéropéxie, après 40 heures dans l'ovariotomie, etc., etc.

Du prolapsus de l'utérus et du vagin comme complication des kystes de l'ovaire,

Par le Dr André Boursier, Professeur agrégé à la Faculté de médecine. Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Je désire appeler l'attention du Congrès de chirurgie sur une complication rare des kystes de l'ovaire, qui n'a été signalée que par très peu d'auteurs, et dont je n'ai pu recueillir qu'un très petit nombre d'exemples : je veux parler du prolapsus de l'utérus et du vagin considéré comme conséquence des tumeurs kystiques de l'ovaire.

Ce n'est pas en effet la possibilité de la coexistence de ces deux lésions, prolapsus et kyste ovarien, que j'ai le projet de vous signaler. Il est fort probable que rien ne s'oppose à ce qu'un kyste ovarique vienne se développer chez une femme déjà atteinte de prolapsus génital. J'ai uniquement en vue ici les procidences utéro-vaginales dont la production est notamment liée à la présence et au développement de la tumeur ovarienne. J'ai eu dernièrement la bonne fortune d'observer un cas de ce genre, et je vous demande la permission de vous le relater, avant de vous communiquer le résultat de mes recherches sur ce point particulier.

Observation. — *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse. — Prolapsus de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin avec rectocèle. — Ovariotomie. — Guérison.*

Mme F., âgée de quarante-quatre ans, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1888. A cette époque, elle commence à ressentir des douleurs dans les reins avec sensation de tiraillement et de poids dans le bas-ventre. Malgré le port d'une ceinture que je lui conseillais alors, sans avoir pu l'examiner, les douleurs continuèrent avec les mêmes caractères, et le ventre parut plus dur, sans qu'elle ait constaté encore aucun accroissement de volume.

Les choses restèrent en l'état jusqu'au début de l'année 1891. A ce moment, la malade s'aperçut qu'elle avait un début de chute vaginale,

et comme cette procidence avait tendance à s'accroître, elle fit appeler, en juin 1891, un de nos confrères, qui l'examina, constata l'existence d'un prolapsus partiel de la paroi vaginale postérieure, sans abaissement marqué de l'utérus, et prescrivit un pessaire Dumontpallier. Grâce à cet appareil, la chute vaginale fut momentanément arrêtée, les douleurs de reins qui depuis quelque temps s'accompagnaient d'irradiations douloureuses vers l'anus, s'améliorèrent et la marche devint plus facile. Mais ce soulagement ne fut que de courte durée, et quelques mois plus tard (avril 1891) la malade eut recours à un autre médecin. Celui-ci constate l'augmentation de la procidence vaginale, et de plus, un certain degré d'abaissement de l'utérus avec rétroversion marquée. Il découvrit en outre que la malade portait dans le flanc gauche une tumeur indolore et mobile, peu développée, et pensa à un néoplasme de l'intestin. Il déconseilla toute intervention chirurgicale, et comme la malade se plaignait de constipation, de dyspepsie, de flatulence, il se borna à lui prescrire quelques cachets de pepsine et des purgatifs répétés.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut un peu d'amélioration, et le gonflement du ventre, survenu depuis quelque temps et que Mme F. attribuait à sa dyspepsie, sembla diminuer. Ce n'était là qu'une apparence, car, peu après, les phénomènes reprirent leur marche lentement progressive, l'accroissement du ventre s'exagéra insensiblement, mais il n'y eut aucun incident nouveau jusqu'au mois de juin 1892.

A ce moment, en quelques semaines, tous les symptômes s'accusent. Le volume du ventre s'accroît rapidement, mais sans douleur, la chute du vagin s'exagère à tel point que, pour pouvoir marcher, la malade est obligée de maintenir constamment entre ses jambes une serviette qui comprime et contienne sa tumeur vaginale. Bientôt, en août 1892, le pessaire est définitivement abandonné, car il ne peut plus tenir en place. De plus, à mesure qu'il est plus volumineux, le ventre semble devenir moins résistant et plus mou. La marche est douloureuse, et la malade qui exerce la profession de repasseuse ne peut bientôt presque plus travailler.

Cet état persiste jusqu'au début de cette année où je fus de nouveau appelé.

A mon premier examen, je trouve Mme F., que je n'avais pas vue depuis plusieurs années, notablement amaigrie. La figure est émaciée, les traits tirés, mais le regard est excellent. Elle n'a jamais eu de fièvre, jamais d'œdème des jambes, et à part quelques troubles dyspeptiques déjà signalés, quelques douleurs intestinales qu'elle attribue à sa constipation bien que celle-ci ait un peu diminué, son état général est excellent. Elle n'a jamais eu de troubles urinaires, ses urines d'aspect normal ne contiennent ni sucre ni albumine. Enfin sa menstruation est toujours restée régulière.

Le ventre est extrêmement volumineux, arrondi, pointant en avant et présente à peu près l'aspect d'une grossesse à terme. A la palpation, je constate une paroi abdominale très tendue, avec une vascularisation veineuse assez développée, pas d'œdème. Dans toute la région sous-ombilicale existe une fluctuation très nette, très large, très superficielle,

qui prouve l'existence d'un épanchement ascitique assez considérable. Une palpation profonde, rendue plus difficile par l'état de tension des parois, permet de reconnaître la présence d'une tumeur abdominale à peu près médiane, mobile, dont on ne peut délimiter exactement les dimensions et qui semble flotter au milieu du liquide. Cette tumeur donne très nettement la sensation de ballottement.

A la percussion, on trouve dans toute la région sous-ombilicale une matité absolue, limitée par une ligne concave en haut et se prolongeant dans les flancs. Au-dessus existe la sonorité abdominale habituelle. Mais, fait important et déjà signalé dans certains cas, la zone de matité ne se déplace pas dans les différentes positions.

Du côté des organes génitaux, je trouve un prolapsus vaginal très considérable, la paroi vaginale postérieure fait au dehors de la vulve une saillie arrondie de huit à dix centimètres. Le toucher rectal démontre que le rectum est en partie entraîné. L'utérus est fortement abaissé, le col affleure à l'orifice vulvaire. La paroi vaginale antérieure n'a subi presque aucun entraînement et le doigt introduit dans le cul-de-sac antérieur permet de constater qu'il n'y a pas de cystocèle. Tout ce prolapsus génital est assez facilement réductible, mais il ne reste pas réduit et se reproduit immédiatement, même dans la position horizontale. Le toucher vaginal pratiqué pendant que l'utérus est maintenu réduit démontre qu'il n'y a aucune connexion entre cet organe et la tumeur abdominale.

Comme l'abondance de l'ascite et la distension des parois du ventre empêchent d'apprécier exactement les caractères de la tumeur, je propose une ponction abdominale pour pouvoir faire un examen plus complet.

Cette ponction est pratiquée le 24 janvier, et donne issue à neuf litres passés, d'un liquide jaunâtre, épais, filant, gélatineux, ayant tout à fait l'aspect d'un liquide de kyste ovarien. Dailleurs, l'analyse pratiquée par notre collègue et ami Denigès, professeur agrégé de chimie, démontre que cette analogie est complète. On trouve en effet dans ce liquide 18 gr. 50 de matières albuminoïdes par litre, presque entièrement composées de paralbumine; le résidu sec n'est cependant que de 26 gr. 60 p. 100, chiffre inférieur à celui des liquides ovariques. La ponction, peu douloureuse par elle-même, est suivie de phénomènes un peu inquiétants : dans la journée, la malade souffre beaucoup du ventre, et pendant deux jours elle a des vomissements alimentaires assez multipliés, puis tout rentre dans l'ordre. Dans les quelques jours qui suivent, le liquide se reproduit avec assez de rapidité, et trois semaines après environ, le ventre a repris le volume qu'il avait avant la ponction. Avant cela j'avais pu pratiquer un examen complet de la tumeur. Elle était irrégulièrement arrondie, mobile, transversalement située au-devant de la colonne vertébrale, débordant surtout vers le côté gauche. La surface est lisse, mais un peu inégale. Elle est absolument mate, et la palpation y révèle une fluctuation très nette, principalement en haut et à gauche. Elle n'a absolument aucune relation avec l'utérus.

De tous les symptômes ci-dessus énoncés, j'avais à peu près conclu

que j'étais en présence d'un kyste de l'ovaire multiloculaire avec ascite gélatineuse. Cependant les caractères de ce liquide pouvaient laisser quelques doutes et faire croire aussi à la possibilité d'un grand kyste de l'ovaire contenant une partie aréolaire solide qui flotterait dans la poche principale.

Mon confrère et ami, Eug. Monod, appelé en consultation pour éclairer ce doute, confirma mon premier diagnostic. Nous conclûmes ensemble, vu l'excellent état général de la malade, que l'extirpation rapide de la tumeur était absolument indiquée. L'ovariotomie ainsi décidée et acceptée fut pratiquée le 11 mars 1893, avec l'aide des Dr Eug. Monod et Lacharrive. L'incision des parois abdominales donne issue à une quantité de liquide ascitique jaune, épais, gélatineux, en tous points semblable à celui qui avait été retiré par la ponction, que l'on peut évaluer à huit litres environ. Vu sa consistance et son adhérence, son évacuation complète spontanée est difficile et pour l'obtenir, nous sommes obligés d'aspirer avec un appareil Dieulafoy toutes les portions du liquide qui restent dans les parties déclives du bassin.

On aperçoit alors le kyste, ovalaire, mais un peu irrégulier de forme et nettement multiloculaire. Une cavité beaucoup plus grande que les autres et située à sa partie antéro-supérieure est ponctionnée avec le trocart de Kœberlé. Le liquide absolument incolore, de consistance colloïde, et ressemblant à de la glycérine épaissie, ne peut sortir par le trocart : il s'écoule en bavant autour de l'instrument. Le kyste est alors attiré entre les lèvres de la plaie, et largement incisé pour permettre l'évacuation de son contenu.

La tumeur ainsi diminuée de volume, et constituée surtout dès lors par une masse aréolaire, ne présente qu'une adhérence très lâche et vasculaire avec la paroi abdominale, à peu près au niveau du point où a été faite la ponction de l'ascite. Cette adhérence sectionnée entre deux ligatures, la tumeur est rapidement amenée au dehors. Elle est développée aux dépens de l'ovaire gauche : son pédicule assez large et peu épais est sectionné après avoir été étreint par une double ligature en chaîne avec de la soie plate stérilisée. La section du pédicule est touchée au thermo-cautère.

Avant de refermer le ventre, je pratique une toilette péritonéale très minutieuse avec des compresses de gaze stérilisées à l'autoclave.

On trouve encore, malgré tous nos soins, une certaine quantité de liquide ascitique dans les culs-de-sac péritonéaux et surtout dans la cavité de Douglas.

Une suture péritonéale en surjet au catgut, et deux plans de suture au crin de Florence ferment la plaie, qui est recouverte d'un pansement iodoformé. L'opération a duré un peu plus d'une heure.

Les suites furent des plus simples; les vomissements chloroformiques, peu abondants, se répétèrent pendant près de deux jours. La menstruation parut à la fin du quatrième jour. Il n'y eut aucune fièvre. Le seul incident à noter fut une constipation assez opiniâtre qui nécessita plusieurs purgatifs. Les sutures ont été enlevées le onzième jour et la malade a commencé à se lever le lendemain.

Nous devons ajouter, en insistant sur ce point, que le prolapsus utéro-vaginal réduit au moment de l'opération ne s'est pas reproduit. Ni les efforts de défécation répétés et très énergiques, ni la marche, n'ont amené jusqu'à ce jour aucune reproduction de la procidence, qui, avant l'opération, constituait pour la malade une gêne de tous les instants.

L'observation que je viens de rapporter contient au point de vue qui nous occupe deux points intéressants : l'ascite et le prolapsus vagino-utérin. Si je parle de l'épanchement ascitique à propos d'un travail plutôt consacré à l'étude du prolapsus, c'est que, ainsi qu'on pourra le voir par les observations qui suivent, la présence du liquide péritonéal paraît ici jouer un certain rôle dans la production du prolapsus utérin.

Donc, notre malade qui avait un kyste multiloculaire de volume moyen présentait en même temps un épanchement abdominal d'une dizaine de litres à peu près. De plus, le liquide avait des caractères spéciaux, il était jaunâtre, épais, filant et sa composition chimique, aussi bien que ses qualités physiques, rappelait tout à fait le liquide des kystes ovariques. C'est là un exemple très net de ces ascites que Sebileau a décrites dans son excellente thèse[1] sous le nom d'ascites gélatineuses. Le plus souvent, d'après cet auteur, les épanchements de ce genre sont dus à la rupture d'une cavité kystique, ou bien accompagnent les kystes à parois végétantes. Mais ils peuvent aussi coexister avec un kyste ordinaire à parois lisses, que l'on attribue leur production à une sécrétion de la paroi ou à une réaction de la séreuse péritonéale. C'est à cette dernière classe qu'appartient notre cas, car la tumeur polykystique était lisse, et aucune poche n'était rompue. D'ailleurs le liquide contenu dans ses différentes cavités était partout blanc, cristallin, incolore, semblable à de la glycérine épaissie, et par conséquent tout à fait différent du liquide de l'ascite.

C'est principalement sur le prolapsus génital que je désire insister ici, surtout pour démontrer que dans notre cas, il parait exclusivement dû à la tumeur ovarienne. En effet, chez notre malade, les premiers symptômes de la maladie, douleurs abdominales, tiraillements, troubles dyspeptiques, ont débuté dans le cours de l'année 1888, et ce n'est que plus de deux ans plus tard, en janvier 1891, qu'ont commencé à se montrer les phénomènes de prolapsus. Celui-ci a suivi d'ailleurs une marche spéciale. La paroi vaginale postérieure a été prolabée la première, entraînant avec elle, fort probablement assez vite, une portion du rectum. Le premier examen médical pratiqué à ce moment a montré que le

1. P. Sebileau, *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme*. Thèse doct., Paris, 1889.

vagin seul était prolabé; l'utérus était alors à peu près complètement maintenu. Puis, à mesure que la tumeur ovarique a grossi, et que le ventre s'est développé, le prolapsus vaginal a peu à peu augmenté de volume, l'utérus, entraîné à sa suite, a été renversé en arrière et plus tard abaissé. Enfin, quand l'épanchement ascitique a été produit et que le développement de l'abdomen a atteint son degré maximum, l'utérus a été entraîné dans le prolapsus, et il commençait à franchir l'anneau vulvaire au moment où nous avons pratiqué l'ovariotomie. La paroi vaginale antérieure et la vessie avaient seules à peu près résisté.

Le simple énoncé de la marche des accidents suffit à démontrer que le kyste ovarique peut, par son développement, amener un prolapsus plus ou moins complet des organes génitaux.

D'ailleurs cette complication a déjà été signalée par quelques auteurs. La plupart à la vérité, même dans des ouvrages récents, n'en font pas mention. De Sinety, Emmet, C. Schrœder, Martin (de Berlin), Kœberlé n'en parlent pas; Courty, dans son *Traité pratique des maladies de l'utérus*, et Segond dans son excellent article sur les tumeurs de l'ovaire de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, mentionnent la possibilité de l'abaissement de l'utérus sans prononcer le mot de prolapsus. Enfin ni Spencer Wells, ni Lawson Tait, dans leurs livres sur les maladies des ovaires, ne disent un mot de ces sortes de déplacements.

Les seules mentions de cet accident que j'ai trouvées dans les auteurs classiques sont les suivantes. Scanzoni dit, en parlant des déplacements possibles de l'utérus : « Lorsque la tumeur a atteint un volume considérable et que son développement ultérieur en avant et sur les côtés est arrêté par les parois abdominales incapables de se dilater davantage, elle repousse toujours plus bas les organes qui forment le plancher de la cavité abdominale, et occasionne ainsi une descente ou un propalsus de la matrice ainsi que du vagin [1] ». Aran sur le même sujet écrit : « Dans certains cas plus rares encore, on a vu la tumeur presser de haut en bas sur l'utérus et le chasser en partie ou en totalité de la cavité pelvienne à travers la vulve [2]. »

Boinet, dans son savant article « Kystes de l'ovaire » du *Dictionnaire encyclopédique*, parlant des rapports du kyste avec l'utérus, écrit ces quelques mots : « Au début celui-ci encore renfermé dans le petit bassin comprime l'utérus et l'abaisse; il a pu le mettre en prolapsus complet et le repousser jusqu'au dehors. »

1. Scanzoni, *Traité pratique des maladies sexuelles de la femme*, Paris, 1858, p. 367.

2. Aran, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1860, p. 1053.

(Naumann.) Puis, quelques lignes plus loin, parlant de ce qui se passe quand le kyste est devenu abdominal, il ajoute : « Deux cas peuvent se présenter : ou bien la tumeur pénètre derrière l'utérus qu'elle refoule en avant et en haut.... ou bien encore la tumeur se développe en avant de l'utérus et c'est alors qu'elle s'appuie sur le fond de cet organe et en détermine le prolapsus. » Boinet est, à notre connaissance, le seul auteur qui ait signalé la possibilité du prolapsus pendant que le kyste est encore contenu dans le bassin, et nous n'avons rencontré aucun exemple de ce fait [1]. Olshausen, dans son *Traité des maladies des ovaires*, indique à son tour la possibilité du prolapsus et sa rareté : « Dans quelques rares cas, dit-il, et presque seulement dans les grosses tumeurs surtout quand elles sont compliquées d'ascite, il survient par suite de l'accroissement constant de la pression abdominale un prolapsus de l'utérus et du vagin. La brièveté du pédicule empêche le plus souvent cet accident [2]. » Enfin S. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, rapporte en quelques mots un fait personnel : « Enfin il est des cas, écrit-il, où l'utérus est refoulé en bas en prolapsus ; j'en ai observé un cas sur une malade qui a guéri après que j'eus pratiqué l'ovariotomie avec fixation du pédicule dans la plaie abdominale [3]. »

En dehors de ces quelques indications fort limitées, le nombre des observations de prolapsus dans les kystes de l'ovaire que j'ai pu recueillir dans la littérature médicale est excessivement restreint, et quelques-unes sont assez incomplètes. Je vais rapidement les résumer :

La première en date appartient à un chirurgien anglais, M. Heath, qui a communiqué à la Société pathologique de Londres, dans sa séance du 6 septembre 1870, un cas de kyste de l'ovaire compliqué de chute de l'utérus. Il ne donne aucun renseignement sur la nature et les caractères du kyste, il note seulement que la chute de l'utérus s'était produite au mois d'octobre précédent, et que la réduction de cette procidence était très difficile probablement à cause de l'existence du kyste. La malade mourut de pyélite chronique le 17 novembre. Le prolapsus est donc là un des accidents ultimes de la maladie [4].

La seconde observation a été publiée par le professeur Duplay en 1879 dans les *Archives générales de médecine*. Il s'agissait d'une femme de quarante et un ans, qui portait un double kyste de

1. Boinet, Art. « Ovaires », *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. XIX, p. 79, 1883.
2. B. Olshausen, *Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgard, 1890, p. 156.
3. S. Pozzi, *Traité de gynécologie*, 1re édition, Paris, 1889, p. 735.
4. Heath, *British medical journal*, décembre 1870, p. 669.

l'ovaire avec ascite simple. Le ventre était extrêmement volumineux, mat dans toute son étendue, et la tension des parois était telle qu'elle empêchait tout examen : une ponction qui évacua onze litres de liquide permit de faire le diagnostic. En outre, depuis quelque temps, la malade avait, on ne nous dit pas depuis quand, un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. La réduction de l'utérus ne fut rendue possible que par la ponction de l'ascite. L'ovariotomie fut pratiquée avec succès, et longtemps après l'opération M. Duplay a pu s'assurer que le prolapsus ne s'était jamais reproduit [1].

En 1883, le docteur Ashe adressa à l'Académie de médecine d'Irlande (séance du 27 avril) un cas de prolapsus causé par un énorme kyste de l'ovaire, et qu'il fait connaître à cause de la rareté de cette complication. La malade, femme cynghalaise de petite taille, habitant à Condy, dans l'île de Ceylan, âgée de vingt-six ans, était atteinte, depuis plus de trois ans, d'un volumineux kyste de l'ovaire qui remplissait tout l'abdomen. La distension du ventre était telle que la peau était partout tendue, lisse et brillante; la circonférence au niveau de l'ombilic atteignait 1 m. 15. Le cœur était très faible, les jambes et les poumons très œdématiés, la malade profondément cachectique. Deux mois avant que cette femme ait été présentée au Dr Ashe, elle avait vu commencer le prolapsus utérin, qui était devenu complet au moment de l'examen. Tout l'utérus était au dehors, il y avait même deux petites ulcérations sur la surface de la tumeur prolabée. Malgré deux ponctions du kyste, qui avaient amené un affaissement considérable du volume du ventre, il fut toujours impossible de réduire le prolapsus par suite de l'adhérence d'une portion dure et solide de la tumeur aux parois de la cavité pelvienne. La malade mourut de cachexie peu après [2].

Nous trouvons un quatrième exemple du fait qui nous occupe dans la quatrième série de 25 ovariotomies publiée par le professeur F. Terrier dans la *Revue de Chirurgie*. C'est l'observation n° 83. Comme dans le cas de M. Duplay, c'est encore un fait de kystes des deux ovaires dont l'un était enclavé dans le bassin et qui s'accompagnaient d'une ascite, à la vérité peu abondante. Le volume du ventre était très considérable et la malade notablement affaiblie. Les dimensions énormes de l'abdomen et l'ascite avaient déterminé un prolapsus utérin qui se réduisit spontanément pendant l'opération de l'ovariotomie et qui se maintint réduit ultérieurement [3]. J'ai parcouru avec le plus grand soin les

1. S. Duplay, *Archives générales de médecine*, 7e série, t. I, 1879, p. 475.
2. Ashe, *The Dublin journal of medical sciences*, 1883, t. II, 153.
3. F. Terrier, *Remarques cliniques sur une 4e série de 25 ovariotomies* (*Revue de Chirurgie*, 1886, p. 174 et 175).

deux cents ovariotomies qui ont été publiées aussi par le professeur Terrier, et c'est là le seul cas de prolapsus que j'ai pu relever.

Nous trouvons encore une observation dans les comptes rendus de l'Académie de médecine d'Irlande. Celle-ci, malheureusement incomplète, a été communiquée par le docteur Macan dans la séance du 10 juin 1887.

Une femme de quarante et un ans possédait depuis trois ans une tumeur ovarienne. Brusquement le volume de son ventre s'accrut à un tel point que la marche devint impossible. La distension abdominale avait été si grande que le vagin tout entier était complètement prolabé et ne pouvait être replacé même quand la malade était au lit.

L'ovariotomie démontra la présence d'une ascite gélatineuse considérable, due à la rupture d'une des loges d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'auteur n'indique pas les suites de l'opération, ni au point de vue de la malade, ni au point de vue du prolapsus [1].

Enfin dans la thèse de Gundelach, nous trouvons une observation empruntée au service du docteur Terrillon, qui est un nouvel exemple de prolapsus. Il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire que portait depuis quatre ans environ une femme de soixante-dix ans. Dans les trois derniers mois le ventre avait pris un très grand développement : en même temps, étaient survenus des troubles respiratoires, de l'œdème des jambes, et la santé générale commençait à s'altérer. De plus, la malade avait une ascite très abondante, et une ponction permit d'extraire quatre litres environ d'un liquide gélatineux jaunâtre, contenant une forte proportion de paralbumine. Chez cette femme, on constata la présence d'un prolapsus utérin complet avec cystocèle. Tout l'utérus était au dehors de l'orifice vulvaire, la tumeur formée par les organes prolabés avait à peu près le volume des deux poings et était légèrement ulcérée en deux endroits. Le col était très ouvert. Cette malade fut ovariotomisée, mais l'observation ne montre pas les suites de l'opération, et ne dit pas ce que devint le prolapsus [2].

L'observation que nous avons publiée en tête de ce travail, et celle que Pozzi relate en quelques mots dans son *Traité de gynécologie*, forment avec les six observations que nous venons de résumer un ensemble de huit cas de prolapsus utérins et vaginaux causés par des tumeurs kystiques des ovaires. Nous devons

1. Macan, *The Dublin, journal of medical Sciences*, 1887, t. II, p. 422.
2. Gundelach, *De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*. Thèse, Paris, 1887. Observ. n° 1.

encore ajouter à ce total deux observations, encore inédites, une qui appartient à la pratique du professeur Demons, et qu'il a bien voulu me communiquer avec une obligeance dont je suis heureux de pouvoir le remercier publiquement, et une autre qui nous a été transmise par notre sympathique collègue L. Picqué.

L'observation du professeur Demons peut se résumer ainsi. Une femme, âgée de cinquante et un ans, entre à la Maison de santé protestante de Bordeaux le 27 mai 1890, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire datant environ d'un an. Elle avait en même temps un prolapsus de l'utérus avec cystocèle vaginale dont elle s'était aperçue depuis quatre à cinq mois et qui augmentait progressivement. L'ovariotomie est pratiquée le 4 juin, et en même temps le chirurgien fait l'hystéropexie abdominale par le procédé de Terrier. La malade a guéri et le prolapsus ne s'est jamais reproduit.

Enfin la malade de Picqué était atteinte depuis un temps déjà long d'un kyste végétant avec ascite simple très abondante; elle avait en outre un prolapsus utérin complet. En faisant l'ovariotomie Picqué pratiqua, lui aussi, l'hystéropexie abdominale. La malade guérit.

Le nombre des observations que j'ai pu réunir, est évidemment beaucoup trop restreint pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions formelles; cependant, il se dégage de leur étude, un ensemble de particularités qui sont intéressantes à connaître, et qui présentent certains enseignements.

Au point de vue pathogénique, les prolapsus génitaux qui surviennent dans les kystes de l'ovaire, paraissent dus, dans tous les cas, à des causes mécaniques. Ils semblent en effet toujours résulter d'une exagération considérable de la pression intra-abdominale, tantôt progressive et lente, tantôt assez brusque. La plupart des observateurs ont en effet noté le volume énorme de l'abdomen, et la surdistension de ses parois (cas de Duplay, Ashe, Terrier, Macan, Terrillon). En outre plusieurs d'entre eux mentionnent l'impossibilité de réduire le prolapsus, ou même de le maintenir réduit.

Cet excès de pression est causé souvent par le volume énorme de la tumeur ovarienne elle-même (cas de Ashe), d'autres fois par l'existence simultanée de tumeurs kystiques des deux ovaires (cas de Duplay et de Terrier). Dans ces deux dernières observations et dans celle de Ashe, une partie du néoplasme enclavé ou fixé dans la cavité pelvienne, paraît avoir, en dehors des conditions ordinaires de pression abdominale, joué un certain rôle dans l'expulsion directe de l'utérus et du vagin à l'extérieur.

Souvent aussi, la production lente ou rapide d'un épanchement

ascitique, a été la cause déterminante du prolapsus, en amenant cette exagération de pression que la tumeur seule n'avait pas suffi à occasionner. Olshausen, nous l'avons vu, a déjà signalé ce rôle de l'ascite, et nous trouvons l'existence de cette complication indiquée dans les observations de Duplay, de Terrier, de Macan, de Terrillon, de Picqué et dans la nôtre. La nature du liquide est du reste variable, l'ascite est simple dans les cas de Duplay, de Terrier et de Picqué, gélatineuse dans ceux de Macan, de Terrillon et dans le nôtre. Dans un seul cas, celui de Macan, l'ascite, due à la rupture d'une poche kystique, paraît avoir été nettement la cause unique de la procidence utérine. Enfin l'abondance du liquide est très variable, mais le plus souvent considérable.

Le degré et la variété du prolapsus ne sont pas absolument identiques dans tous les cas. On observe tantôt la chute du vagin seul (Macan), tantôt le prolapsus utérin isolé (Heath, Ashe, Terrier). D'autres fois la chute utérine s'accompagne soit de cystocèle (Terrillon), soit de rectocèle (cas personnel), soit enfin à la fois de cystocèle et de rectocèle (Duplay). Un plus grand nombre d'observations serait nécessaire pour essayer d'expliquer la diversité de ces lésions. Nous ne pouvons quant à présent que nous borner à les signaler, en indiquant que l'utérus était le plus souvent tout à fait projeté au dehors, d'autres fois au contraire incomplètement prolabé (cas personnel). Notons encore que dans notre observation, la chute avait nettement commencé par la paroi vaginale postérieure, l'utérus ayant été plutôt entraîné par la chute du vagin.

Enfin il est un point sur lequel je désire insister en terminant, c'est sur le traitement que demande cette sorte de prolapsus, ou plutôt sur leur guérison spontanée possible par l'effet de l'ovariotomie.

En analysant à ce point de vue nos neuf observations, on voit que deux fois (cas de Heath et de Ashe) le prolapsus doit être considéré comme un accident ultime du kyste ovarien. En effet les deux malades ont succombé peu après l'apparition de cette complication sans qu'aucun traitement ait pu être essayé. Dans les faits du professeur Demons et de L. Picqué, le prolapsus a été traité et guéri par l'hystéropexie faite au cours de l'ovariotomie.

Dans tous les autres cas, au nombre de six, les chirurgiens se sont contentés de pratiquer l'ovariotomie, sans y ajouter aucun traitement direct du prolapsus. Dans d'eux d'entre eux, ceux de Macan et de Terrillon, l'observation est muette sur les résultats de l'opération. Nous ne savons pas si les malades ont guéri, ni ce qu'est devenu le prolapsus.

Mais dans les quatre autres cas, ceux de Duplay, Terrier, Pozzi, et dans le mien, l'ovariotomie a suffi pour amener la réduction du prolapsus, qui ne s'est plus reproduit depuis l'opération. Cette guérison absolument définitive a été expressément constatée par MM. Duplay, Terrier et Pozzi. Si, dans mon cas, l'opération est encore trop récente pour que j'aie le droit de considérer le résultat comme définitivement acquis, la connaissance des trois faits précédents me permet cependant de l'espérer.

Chute sur la tête. — Épilepsie jacksonienne le cinquième jour. Trépanation. — Pas de lésions apparentes. — Guérison,

Par le Dr A. Malherbe, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes.

Observation. — Le jeudi 8 septembre 1892, je suis mandé chez Mme B..., qui vient de faire une chute sur la tête, et je la vois avec mes confrères, les Drs Chenantais fils et Polo.

Antécédents. — Mme B..., âgée de cinquante ans, porte plus que son âge. Elle est très nerveuse, très originale; elle a eu dans ces derniers temps beaucoup d'ennuis et de tracas. Cependant elle n'était pas malade lorsque, le 8 septembre, elle tomba à peu près de la hauteur d'un étage par-dessus la rampe d'un petit escalier très à pic, et sa tête vint frapper sur un carrelage au bas de l'escalier. On la releva aussitôt. Elle ne parait pas avoir perdu complètement connaissance. En l'examinant, on découvrit une légère entorse avec contusion et gonflement du poignet droit, une ecchymose du côté droit du menton, et enfin une petite plaie contuse paraissant profonde, située au-dessus du sourcil droit. Elle avait rendu du sang par le nez et on en voyait encore dans le pharynx. Il n'y avait pas d'ecchymose sous-conjonctivale ni d'écoulement de sang par l'oreille. Le Dr Polo, qui le premier avait vu la malade, inclinait à admettre une fracture de l'os frontal. Le Dr Chenantais et moi conclûmes après l'examen attentif de la région qu'il n'y avait probablement pas de fracture. La plaie du front fut lavée au sublimé, puis suturée et pansée au salol. Le poignet fut arrosé d'alcool camphré et bandé.

Les jours suivants, 9, 10, 11 septembre, aucun accident. Le lundi matin 12 septembre, cinquième jour après la chute, la malade parait en très bonne voie : tout gonflement a disparu; les ecchymoses de la face sont en voie de résorption, et le poignet parait guéri. Il n'y avait à noter qu'un peu de céphalalgie qui persistait depuis l'accident et une certaine loquacité de la malade.

Tout à coup, vers trois heures de l'après-midi, on s'aperçut que la malade délirait et l'on nous fit appeler en toute hâte. Au premier abord il nous parut que le côté droit de la face (côté de la lésion) était affaissé et comme paralysé. Le côté droit du corps semblait inerte et paralysé. Cependant la malade parvint à serrer la main, mais moins fort à droite qu'à gauche. Elle avait sa connaissance, mais assez obtuse. A ces symp-

tômes succédèrent bientôt des petits mouvements convulsifs de la tête avec déviation conjuguée des yeux du côté de la lésion. Nous pensâmes en présence de ces symptômes qu'il y avait peut-être un enfoncement du frontal et irritation du cerveau par une esquille. Cependant nous défîmes la suture sans rien voir de particulier (3 heures après midi).

Pendant que nous étions à délibérer sur le cas et que nous discutions, le Dr Chenantais et moi, l'opportunité d'une intervention, l'une des filles de la malade vint nous dire que tout son corps remuait. Il y avait en effet une sorte d'attaque d'éclampsie avec déviation conjuguée des yeux. La face primitivement pâle était devenue violette et la tête était secouée de convulsions qui l'inclinaient vers le côté droit. Cette aggravation des symptômes leva toute hésitation et nous fîmes à la hâte nos préparatifs pour intervenir. De 4 à 7 heures du soir, la malade resta sans connaissance avec trois grandes attaques convulsives. Dans la précipitation de l'intervention, on négligea l'examen des urines. A 7 heures du soir, aidé des Drs Polo et Chenantais et de M. H. Malherbe, interne de l'Hôtel-Dieu de Nantes, nous fîmes l'opération suivante :

La malade fut endormie, ce qui arrêta toute agitation et toute secousse convulsive. La plaie frontale fut agrandie et nous appliquâmes une couronne de trépan sur la bosse frontale. Le crâne était d'une épaisseur considérable; après avoir enfoncé la couronne de trépan de 3 millimètres environ, nous agîmes avec le ciseau pour faire sauter le fond de la cupule et nous arrivâmes à la dure-mère. L'os était d'une épaisseur véritablement surprenante et dur en proportion. *Il ne présentait aucune trace de lésion, pas la plus petite ecchymose.* Nous fîmes à la dure-mère une incision cruciale. En relevant les 4 angles, nous aperçûmes le cerveau d'aspect absolument sain. Nous rabattîmes alors les lambeaux de dure-mère sans les suturer et nous fîmes un petit drainage à la gaze iodoformée, une suture partielle et un pansement occlusif très soigné.

Le mardi 13 septembre, douze heures après l'opération, la malade a toute sa connaissance; pouls, 72; pas d'élévation de la température; besoins fréquents d'uriner; tentatives infructueuses pour les satisfaire. Le soir, à 5 heures, la malade dit qu'on lui a fêlé le crâne; qu'elle a mal à la cervelle. Pas de vomissement, pas de mouvements convulsifs. Elle boit du lait, du bouillon; elle a uriné dans la journée.

Les jours suivants, il y a des alternatives d'affaissement et d'agitation avec loquacité, mais on n'observe aucun mouvement convulsif. La miction est toujours un peu difficile.

Le 16 septembre, quatrième jour, on fait un pansement. Il y a un peu de liquide exsudé, mais pas de pus. Il y a une cupule très apparente produite par l'enfoncement de la peau dans la plaie osseuse faite au trépan. Les souvenirs de la malade qui étaient abolis (comme cela s'observe dans l'éclampsie puerpérale) reviennent peu à peu; elle se rappelle sa chute; mais elle ne se doute pas de l'opération qu'on lui a fait subir.

Le 19 septembre, septième jour, ablation des crins de Florence. Il ne reste à guérir que le trajet de la bande de gaze iodoformée.

Le 1er octobre, dix-neuvième jour, il reste une plaie d'un millimètre sur deux.

Le 8 octobre, vingt-sixième jour, tout est guéri.

Mme B... est actuellement rétablie. Il ne lui reste d'autre souvenir de son grave accident que la petite cupule indiquant le point où l'os frontal a été trépané.

Lorsque nous nous décidâmes à opérer, nous pensions avoir affaire à une fracture méconnue; il n'en était rien, comme on l'a vu; il n'y avait aucune lésion appréciable. Notre opération n'a donc pu agir que par la décompression qu'elle a produite. Il nous a paru intéressant de la rapporter puisqu'elle montre combien la trépanation peut être utile même dans des cas où l'os n'est pas enfoncé. Nous n'essayerons pas de discuter la nature et le siège de la lésion qui a amené l'éclampsie, puisque nous n'aurions aucune preuve à apporter à une théorie quelconque. Nous nous bornons à signaler ce fait qui est de nature à enhardir les chirurgiens dans les cas où l'utilité de l'intervention n'est pas absolument démontrée.

Volumineuse tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique. Extirpation de la tumeur et de la vésicule biliaire, comprise dans son épaisseur. Guérison,

Par le Dr Ricard, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Observation. — Mme L... (Rosine), ménagère, âgée de cinquante et un ans, m'est envoyée par mon confrère et ami, le docteur Schoull, de Troyes. C'est une robuste paysanne, présentant tous les attributs de la plus parfaite santé. Son ventre, qui depuis longtemps était déjà volumineux, s'est mis à grossir assez rapidement dans ces derniers mois, au point que la malade ne peut vaquer à aucun travail. Elle accuse des douleurs dans l'abdomen. Ses jambes deviennent œdémateuses lorsqu'elle reste longtemps debout. Elle a une constipation opiniâtre et est obligée d'uriner presque toutes les heures. Ses règles ont disparu depuis dix-huit mois à deux ans. Mais, sauf une perte sanguine ayant duré trois semaines, il y a quelques années, la malade n'a jamais eu de trouble du côté des organes génitaux.

A l'examen, on trouve l'abdomen rempli par une tumeur volumineuse, régulière et dure, remontant du petit bassin à l'appendice xyphoïde. On trouve difficilement de la sonorité, en arrière dans les flancs; mais tout le reste de l'abdomen est mat. Dans le petit bassin on sent une tumeur dure et régulière venant proéminer dans le cul-de-sac de Douglas et repousser l'utérus en avant. L'utérus est un peu mobile; mais la masse néoplasique ne paraît pas mobilisable. Nous acceptons le diagnostic posé par le médecin de la malade, et nous pensons qu'il s'agit d'un volumineux corps fibreux utérin.

L'opération est pratiquée à l'Hôtel-Dieu, le 18 juin 1892 :

Laparotomie; incision de 30 centimètres environ sur la ligne médiane. L'incision remonte jusqu'à l'appendice xyphoïde et traverse une paroi abdominale très œdématiée. La tumeur adhère solidement au péritoine; après des tentatives réitérées de décollement, je n'arrive pas à dégager la tumeur qui remplit l'abdomen et adhère partout.

La tumeur a un aspect blanc nacré; elle est dure, présente absolument l'aspect d'un fibrome. Çà et là, dans son épaisseur, des kystes à contenu muqueux et des parties plus ramollies et infiltrées. Mais la grande masse de la tumeur est essentiellement solide. Convaincu que je ne mobiliserai jamais cette tumeur, je procède à l'évidement central qui se fait simplement et sans hémorragie. Pendant les manœuvres de morcellement au centre de la tumeur, j'ouvris une cavité kystique d'où sortit un liquide muqueux et verdâtre. Les doigts, introduits dans la cavité ouverte, sentent nettement quelques corps durs et ramènent sept calculs biliaires. Il n'y avait pas de doute, la vésicule biliaire faisait partie de la tumeur et venait d'être ouverte. Sa cavité fut nettoyée avec soin et momentanément oblitérée avec une éponge. Le morcellement continua et nous permit d'aborder peu à peu les parties périphériques de la tumeur qui s'abaissèrent. Une adhérence très intime avec le côlon descendant nécessita une dissection minutieuse. Les adhérences sont de plus en plus fortes au fur et à mesure qu'on descend dans le bassin, mais, à notre surprise, la partie tout à fait inférieure de la tumeur qui plonge dans le cul-de-sac de Douglas, est libre, et la tumeur ne paraît avoir eu aucune attache avec les organes utérins, sauf des adhérences lamelleuses avec l'ovaire et la trompe du côté gauche. Pour mener à bien notre opération, nous avions été obligé de fendre la paroi jusqu'au pubis.

Le morcellement fut continué par la partie supérieure; des adhérences nombreuses furent rompues et disséquées et un moment l'on put penser qu'il s'agissait d'une tumeur de la rate, tellement l'évidement de la tumeur nous menait profondément dans la région hypocondriaque gauche. Il n'en était rien et, en dernière analyse, la tumeur se réduisit à un volumineux moignon, siégeant dans l'hypocondre droit, entre le foie et l'estomac, et tenant, sous son épaisseur, la vésicule biliaire précédemment ouverte. La dissection de ce moignon fut très délicate et, après avoir détaché les adhérences au côlon transverse et à la petite courbure de l'estomac, j'arrivai à un dernier pédicule formé par le canal cystique très allongé. Je le sectionnai entre deux pinces et j'eus ainsi le dernier morceau de la tumeur.

L'exploration du canal cystique nous montra un calcul, enclavé, dont l'extraction fut pratiquée. Une soie, circulairement placée, ferma le canal, et un surjet solide vint obturer son extrémité. L'abdomen est essuyé avec des compresses stérilisées, et les organes remis à leur place. L'épiploon, fixé par quelques points de suture à la paroi abdominale et au niveau du canal cystique, contribue à former une gouttière ouverte à l'extérieur et à séparer, du reste de la cavité abdominale, le pédicule du canal cystique; un drain va de ce pédicule au dehors; le reste de la suture pariétale est rapidement mené. L'opération avait duré une heure vingt minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples, sauf quelques vomissements, dans les trois premiers jours.

Le 25 juin, on enlève les sutures et le drain, qui était fixé par un fil; le pansement est absolument sec, et l'incision complètement réunie.

Le 5 juillet, la malade, qui, depuis quelques jours déjà, réclamait sa sortie, quitte l'hôpital.

L'examen de la tumeur nous montra que la vésicule biliaire, adhérente et englobée dans le tissu néoplasique, avait une muqueuse absolument saine. En reconstituant son trajet, on voit qu'elle a une longueur de plus de 25 centimètres. Elle avait donc été étirée par le développement de la tumeur.

Les différents morceaux de la tumeur pesaient 8 kilogrammes, sans compter les kystes.

Quelle était la nature de cette tumeur? le microscope seul pouvait nous renseigner; et M. Cornil nous répondit : « Tumeur sans fibres musculaires, essentiellement de nature conjonctive et paraissant développée aux dépens des épiploons ».

Acceptant la dénomination proposée par M. Cornil, et étant donnés les rapports si spéciaux avec la vésicule biliaire, nous intitulerons notre observation : Tumeur conjonctive de l'épiploon gastro-hépatique, ayant englobé la vésicule biliaire dans son épaisseur.

Contribution à la cure opératoire des luxations congénitales de la hanche,

Par le Dr Lejars, Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

La cure opératoire des luxations congénitales de la hanche est une question actuellement pendante, et les nombreux faits publiés à l'étranger, ceux de MM. Vincent et Mollière [1] (de Lyon), qui datent déjà de plusieurs années, l'observation récente de M. Denucé [2] (de Bordeaux), d'autres encore, ont mis en relief les différents aspects du problème, dont on ne saurait fournir aujourd'hui de solution définitive.

En fait, depuis les sections musculaires sous-cutanées de J. Guérin, les tentatives opératoires, si variées soient-elles, se rapportent à deux méthodes : la *décapitation de la tête fémorale*, telle que l'ont pratiquée Rose, Reyher, Margary (de Turin), Schüs-

1. Rapportés in Thèse de Porto, *Les luxations congénitales de la hanche, envisagées au point de vue thérapeutique*. Paris, 1887.
2. *Société de Chirurgie*, 4 janvier 1893. Rapport de M. Kirmisson.

ler, Vincent et Mollière, et tant d'autres; — la *réduction de la tête fémorale* dans la cavité cotyloïde, agrandie et restaurée, après la section des *muscles péri-trochantériens* (Hoffa), ou des *muscles* longs *de la cuisse* et des adducteurs (Lorenz) [1].

Or, les résultats très divers obtenus par ces procédés semblent en rapport avec la diversité, très grande aussi, des lésions anatomiques. Sans entrer dans la pathogénie, rappelons que certaines luxations congénitales de la hanche sont à proprement parler du domaine tératologique : les déformations y sont très marquées dès le début, et souvent elles se combinent à d'autres anomalies de développement, qui témoignent d'une évolution originairement viciée. — Ailleurs, et dans la grande majorité des cas, l'examen anatomique, aux premiers stades, révèle une tête et un col d'aspect normal, un cotyle, rétréci peut-être, mais à peu près régulier aussi. C'est avec l'âge et par le fait de la marche et des mouvements que la tête et le cotyle se déforment de plus en plus et que la gaine péri-articulaire, musculo-fibreuse, s'indure et se rétracte. Il se résulte qu'à un certain âge, un mode d'intervention, qui eût été de mise à une période précoce, devient impraticable ou insuffisant.

Le fait de luxation congénitale de la hanche que voici se rapporte à un de ces sujets relativement âgés.

Garçon de seize ans et demi, entré à l'hôpital de la Pitié, en septembre 1891. Il boitait depuis sa première enfance; deux de ses sœurs sont aussi boiteuses. La claudication fut, chez lui, tolérable jusqu'à treize ans et demi; après une longue marche, il ressentit alors de violentes douleurs dans la hanche gauche, et dut s'aliter un mois; l'année suivante, il tomba, toujours sur sa hanche gauche, et un nouvel accident du même genre, qui survint quelques mois après, acheva de porter à leur comble les douleurs et les désordres fonctionnels.

En septembre 1891, le raccourcissement mesurait 15 centimètres : la claudication était considérable et la marche presque impossible; l'incurvation du tronc était telle, quand le pied gauche portait sur le sol, et la douleur était si vive, qu'il en résultait une impotence presque complète : le malade n'avançait qu'en sautillant, à cloche-pied, sur le membre sain.

Je l'opérai le 20 octobre 1891. Une longue incision pratiquée dans le sillon ischio-trochantérien me conduisit, après avoir

1. Voy. Rosenfeld, *Zur operativen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen*, in *Münchener medic. Woch.*, nos 24, 25, 26, 1890. — Hoffa, *Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie*, 1891, p. 515. — A. Lorenz, *Operative Therapie der angeborenen Huftverrenkung*, *Centralblatt f. Chir.*, 1892, n° 31. — Karewski. *id.*, n° 31. — Hoffa, *id.*, n° 45.

relevé et entamé le grand fessier, sur les muscles pelvi-trochantériens; je détachai tous leurs tendons, par un trait en demi-couronne, de la surface du grand trochanter, et je les décollai soigneusement, à la rugine courbe, en respectant leur continuité périostique. J'avais dès lors devant moi le foyer de la luxation. La tête fémorale, appliquée sur la face externe de l'ilium, dans une dépression peu profonde, était aplatie sur son pôle inférieur, noirâtre et dépolie au même niveau, ramollie et dépressible : elle s'effrita en partie, sous les doigts, en laissant suinter une sorte de boue rougeâtre. Le col, un peu surbaissé, était d'une longueur presque normal. Quant à la cavité cotyloïde, elle était en grande partie comblée, et le rebord cotyloïdien transformé en une sorte de talus épais, arrondi, incapable de servir de point d'arrêt à une tête réduit. De la capsule il ne restait qu'une mince lamelle en arrière et des languettes un peu plus épaisses en haut et en bas.

J'excisai la tête fémorale et j'arrondis le col, qui devait figurer une nouvelle extrémité articulaire : avec la gouge et le maillet, j'excavai le cotyle à une profondeur notable (il semblait que l'os iliaque, au lieu de présenter l'amincissement ordinaire, fût plutôt épaissi) et je créai ainsi, sur sa marge postéro-supérieure, un rebord saillant et abrupt. Je réduisis sans trop de peine la pseudo-tête fémorale dans ce cotyle restauré, et je l'y enclavai. Par-dessus et tout autour, je pratiquai, au gros catgut, quatre étages de sutures profondes : suture des débris capulaires, suture des tendons péri-trochantériens au périoste du grand trochanter, suture des fessiers, des aponévroses superficielles, et je m'efforçai de reconstituer un plan de soutien musculo-fibreux, épais et résistant, à la face postéro-supérieure de l'article; réunion cutanée, sans drain, pansement salolé; application immédiate de l'extension continue.

Il n'y eut aucune espèce de réaction; le vingtième jour, au premier pansement, la réunion était complète. Je laissai l'extension continue pendant un mois et demi. Dès lors j'imprimai à la hanche des mouvements méthodiques et, au bout de deux autres semaines, le malade se levait, et peu à peu commençait à marcher. On pratiqua des séances de massage et d'électrisation journalières.

Au bout de deux mois (quatre mois après l'opération), la marche était très satisfaisante, le raccourcissement était environ de 5 centimètres. La pseudo-tête était restée à sa place, les mouvements de flexion et d'abduction de la cuisse, très étendus, n'étaient nullement douloureux. L'opéré retourna dans son pays.

A plusieurs reprises, j'ai eu de ses nouvelles et la situation n'a cessé de s'améliorer encore. J'ai prié M. le Dr Verneuil, de Saint-

Amand (Cher), où demeure notre malade, de bien vouloir l'examiner, et voici les renseignements que je tiens de notre très distingué confrère :

La tête fémorale (la pseudo-tête) est bien dans la cavité cotyloïde, le raccourcissement n'est toujours que de 5 centimètres. L'opéré marche très bien, sans gêne, sans aucune douleur ; il peut marcher durant plusieurs heures avec ou sans canne, il peut faire jusqu'à 2 kilomètres, avec une canne 4 kilomètres. Il se tient parfaitement sur le membre gauche, sans éprouver de douleur; les mouvements sont tous très libres. De plus, le membre, qui était jadis très atrophié, est aujourd'hui d'un volume peu inférieur à celui du membre sain.

J'insiste sur ce fait, à savoir que l'opération date de seize mois et que, par suite, il s'agit ici de résultats éloignés et définitifs.

Ainsi, dans les luxations congénitales même relativement anciennes, chez des sujets qui ont dépassé seize ans, l'intervention sanglante est susceptible de fournir d'excellents résultats fonctionnels; mais le mode opératoire, à cet âge, ne saurait être le même que dans l'enfance, car l'état anatomique s'est modifié et les lésions se sont aggravées. L'arthrotomie suivie d'un essai de réduction, l'opération de Hoffa, par exemple, semble peu applicable à une tête déformée, ramollie, friable, à un cotyle comblé, à une capsule usée, etc.

Il faut traiter ces *luxations congénitales anciennes* comme des luxations traumatiques anciennes, et, ici encore, le procédé qui semble préférable est la *résection modelante*, opération économique, qui abat la tête fémorale et arrondit le col, creuse le cotyle réduit, reconstitue, par la suture en étages, une gaine musculo-fibreuse autour de l'articulation : opération, en somme, qui s'efforce de créer une bonne et solide néarthrose, dans le foyer de l'articulation normale, jusqu'alors déshabité. Quant au traitement ultérieur, mouvements progressifs, massage, électrisation, il est inutile d'en faire ressortir l'importance.

Auto-inoculation cancéreuse,

Par le Dr J. Courtin, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Les faits d'auto-inoculation cancéreuse sont assez rares pour mériter d'être signalés à l'attention des pathologistes. Cette question importante du greffage se lie étroitement à l'étiologie du cancer et à sa pathogénie parasitaire depuis longtemps soupçonnée, mais non encore absolument démontrée.

Ces essais de greffe et d'inoculation ont été pratiqués par Goujon et Onimus. Haran a obtenu des succès de greffage sur des animaux de même espèce et Morau a démontré, pièces anatomiques en main, à la Société de biologie, la reproduction d'épithéliomas à cellules cylindriques de la souris, après injection sous la peau d'individus sains de la même espèce, du suc laiteux de la tumeur. Il reste donc bien établi aujourd'hui que la greffe et l'inoculation du liquide cancéreux peuvent donc réussir sur les individus d'une même espèce ou sur l'animal porteur d'une tumeur et auquel on pratique une greffe ou une inoculation.

Les observations d'auto-inoculation cancéreuse chez l'homme étant peu nombreuses dans la science, j'ai pensé qu'il y avait intérêt de publier celle qui suit.

Observation. — Mme X..., cinquante-deux ans, a toujours joui d'une bonne santé. La mère est morte assez jeune d'une congestion pulmonaire; son père, après avoir subi à soixante-douze ans une opération de taille, a succombé d'une pneumonie.

Elle a accouché à vingt-six ans d'un enfant bien conformé, qui n'a pas vécu; toujours bien réglée, elle a vu disparaître ses menstrues à quarante-huit ans. Elle a mené une existence laborieuse, mais son hygiène était sévère. Très vigoureuse, elle a toujours eu un embonpoint un peu exagéré.

Elle me fait appeler dans les premiers jours du mois de juin 1889, elle me déclare que depuis quelques mois elle trouvait que son ventre augmentait de volume, qu'elle éprouvait une gêne, une pesanteur en marchant. Elle ne ressentait aucune douleur, mais ses digestions se faisaient mal depuis quelque temps, elle se sentait lourde et somnolente après les repas, et son appétit n'avait plus la régularité d'autrefois. Pas de diarrhée, pas de vomissements, pas de méléna.

La malade affirmait que le développement de son ventre s'était fait de bas en haut, qu'il s'affaissait légèrement dans le décubitus dorsal. La peau était sillonnée de veines, il y avait de l'œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs. Une notable quantité de liquide ascitique empêchait d'apprécier les organes profonds. Je proposai une ponction qui fut faite en présence du professeur Lanelongue au lieu d'élection dans la fosse iliaque gauche. J'enlevai 3 litres de liquide sanguinolent. La ponction terminée, nous pûmes trouver avec facilité une tumeur volumineuse, bosselée, siégeant au-dessous de l'ombilic, le dépassant notablement en haut, obliquement dirigée de haut en bas et de gauche à droite, peu mobile, les anses intestinales placées au devant; ces différentes constatations nous firent admettre le diagnostic de tumeur cancéreuse siégeant dans le mésentère.

L'utérus et les annexes examinés avec le plus grand soin ne dénotèrent aucune particularité. La paroi abdominale ne donna pas la sensation de plaques dures accolées à sa face profonde. Le trocart enlevé, je lave la plaie avec de l'eau phéniquée forte et je fais un pansement occlusif avec

du coton et du collodion iodoformé. Compression de l'abdomen avec de la ouate et un bandage.

Huit jours après, je trouve la petite plaie du trocart indurée, un peu douloureuse, elle est cependant parfaitement cicatrisée; dans les jours qui suivent, se développe un petit noyau qui va grossissant de plus en plus, s'étendant au pourtour de l'ouverture du trocart, soulevant la peau, déterminant une tumeur bosselée, rougeâtre, avec peau adhérente qui, au bout de quatre mois, atteint le volume du poing d'un enfant de deux ans, tumeur dure, squirrheuse, rappelant comme aspect, comme consistance, les plaques squirrheuses développées au niveau des mamelles.

Le liquide se reproduisant, j'ai dû faire dans l'espace de quatre mois trois nouvelles ponctions qui donnèrent toutes issue au même liquide sanguinolent. Chaque fois je constatais l'augmentation du volume de la tumeur et chaque fois aussi se formait dans la plaie du trocart une tumeur semblable à la première offrant absolument les mêmes caractères, et comme les trois ponctions avaient été faites au niveau de la fosse iliaque gauche, ces quatre plaques se confondirent bientôt, constituant un plastron cancéreux de la grandeur d'une assiette ordinaire, sans ulcération de la peau. A partir de la fin du mois d'octobre, l'état général de la malade se modifia, elle devint jaune paille, la cachexie cancéreuse fit des progrès rapides, la tumeur abdominale s'ulcéra, laissant suinter un ichor fétide, saignant au moindre contact, la malade succomba le 20 novembre 1890.

Cette observation démontre qu'un fragment de tumeur cancéreuse ou qu'un suc provenant d'un cancer mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de cette tumeur s'y fixent et envahissent le tissu sain en le transformant en néoplasmes.

Comme le faisait judicieusement observer M. le professeur Cornil, l'hypothèse de greffe que faisaient en pareils cas les pathologistes prend corps et devient une réalité.

N'est-ce pas de l'auto-greffe que le transport des éléments cancéreux par les vaisseaux lymphatiques? N'est-ce pas encore à l'auto-greffe que l'on doit ces repullulations rapides des tumeurs cancéreuses après opération? Cette connaissance implique l'obligation bien connue de faire des lavages abondants et même des cautérisations au fer rouge des champs opératoires cancéreux, afin d'enlever les vestiges de sucs ou d'éléments pathologiques.

En rédigeant cette observation, je pensais aux nombreux cas de cancers de l'estomac et de l'intestin dans lesquels il était quelquefois difficile d'établir l'étiologie. Un mémoire fort intéressant du Dr Mathieu, d'Hauteville, démontre la possibilité d'introduction d'éléments cancéreux par les voies digestives et de nombreuses observatiéos ntablissent cette hypothèse, expliquant ainsi ces cas

épidémiques que défiaient jusqu'à ce jour hérédité et tempérament.

Cette observation me paraît donc instructive, car elle fixe un point intéressant de l'étiologie du cancer.

Traitement chirurgical des névralgies rebelles. — Section intra-cranienne du trijumeau et extirpation des ganglions de Gasser,

Par le Dr Doyen, Professeur suppléant à l'École de médecine de Reims.

L'intervention sanglante dans les névralgies rebelles est encore considérée par bien des médecins comme illusoire. Des résultats positifs ont cependant été publiés, et nous citerons tout particulièrement la remarquable communication de Segond au quatrième Congrès de chirurgie (1889). La section simple des nerfs périphériques a été abandonnée pour les résections étendues des troncs principaux, auxquelles on a bientôt annexé, pour le trijumeau, l'ablation du ganglion de Meckel et du ganglion optique. Aujourd'hui, nombre de chirurgiens français et étrangers ont tenté ces opérations avec une proportion variable de succès.

Nous avons opéré 8 cas de tic douloureux incurables, compliqués chez une malade de convulsions des muscles qui président à la déglutition, chez deux autres, d'impossibilité presque complète de la mastication. Tous nos malades sont guéris et demeurent guéris depuis plusieurs années.

I. *Ablation du nerf maxillaire supérieur* (7 opérations). — Voici notre façon de procéder : s'agit-il d'une névralgie du maxillaire supérieur, la plus fréquente, nous pratiquons l'arrachement par torsion du nerf maxillaire supérieur, saisi par une pince à forcipressure au ras du trou grand rond. Nous incisons au niveau du rebord inférieur de l'orbite et nous effondrons le sinus vasculaire, à l'aide d'une pince-gouge, nous découvrons le ganglion de Meckel, puis le trou grand rond, que l'on reconnait aisément au fond de la fente sphéno-maxillaire, en suivant le tronc nerveux jusqu'à son point d'émergence. L'axe du trou grand rond est exactement antéro-postérieur, et son diamètre supérieur à celui du trou vidien, également antéro-postérieur, mais situé à quelques millimètres plus bas et en dedans, à la base de l'apophyse ptérygoïde. Le nerf est saisi dans une forte pince à forcipressure, au ras de l'orifice osseux, et arraché par une torsion méthodique. On obtient presque toujours à l'extrémité de la pince la portion intra-cranienne du nerf, arrachée directement du ganglion de Gasser. Loin d'enlever méthodiquement le ganglion

de Meckel, nous avons tenté dans nos dernières opérations de le ménager, persuadé qu'il serait inoffensif après la destruction de sa racine sensitive.

Nous avons fréquemment réséqué, en même temps que le nerf maxillaire supérieur, et chez les mêmes malades, diverses autres branches : telles que le nasal, le frontal interne et l'externe, le larcymal, au niveau de la fente sphénoïdale, le dentaire inférieur, le buccinateur, l'auriculo-temporal. L'arrachement du nerf maxillaire supérieur au niveau du trou grand rond est la méthode de choix dans les cas de névralgie de sa sphère d'innervation. Accessoirement, il peut être indiqué de réséquer quelques branches de l'ophtalmique et du maxillaire inférieur.

L'opération doit se faire par la méthode que nous avons indiquée, c'est-à-dire par la voie de Carnochan, la torsion devant être faite dans l'axe du trou d'émergence, qui est antéro-postérieur. Les chirurgiens qui n'ont pas obtenu de résultats ont employé un manuel opératoire défectueux et fait une opération incomplète.

II. *Extirpation du ganglion de Gasser*; ***section intra-cranienne du trijumeau*** (opération). — Il est des cas de névralgie invétérée de toute la sphère du trijumeau qui exigent la résection de ses trois branches principales. Notre première malade, opérée de résection intra-orbitaire du maxillaire supérieur avec destruction des nerfs dentaires postérieurs, souffrait de nouveau. La première intervention avait été insuffisante; connaissant plusieurs de nos cas de guérison définitive à la suite d'interventions plus complètes que celle qu'elle avait subie, cette personne réclama de nouveau les secours de la chirurgie.

Nous ne connaissions pas l'opération d'ailleurs mal réglée de Rose. Nous avons donc simplement étudié sur un crâne le meilleur mode d'abord du ganglion de Gasser. L'opération a été faite de la manière suivante :

1° Incision verticale de 5 centimètres au milieu de l'espace qui sépare le conduit auditif du rebord externe de l'orbite. L'incision ne doit dépasser en bas que de 15 millimètres l'arcade zygomatique, et l'on doit ménager les rameux du facial supérieur.

2° Résection de l'arcade zygomatique, de l'apophyse coronoïde, et dénudation de la suture sphéno-temporale, au niveau de laquelle sera appliqué le trépan. La portion horizontale de la grande aile du sphénoïde est alors dénudée à l'aide d'une rugine, en avant de la racine transverse de l'arcade zygomatique, jusqu'au trou ovale. Ce dernier est situé à 20 ou 25 millimètres de la ligne rugueuse qui prolonge en avant la racine transverse de l'arcade zygomatique, et sépare la fosse temporale de la fosse

ptérygo-maxillaire. Cette ligne est un point de repère certain. On peut aussi reconnaître dans la profondeur le bord postérieur tranchant de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde en dehors et en arrière duquel se trouve l'orifice cherché. Le trou petit rond est à 1 ou 2 millimètres en dehors et en arrière.

3° Nous saisissons entre les mors d'une pince le dentaire inférieur et le lingual, à 3 ou 4 centimètres du trou ovale, et nous sectionnons leur bout périphérique. Il nous suffit alors de trépaner avec soin la fosse temporale, en se rappelant que l'on agit précisément au niveau de l'artère méningée moyenne, dont on a exagéré l'importance. Nous avons lié cette dernière à l'orifice inférieur du trou petit rond, afin de pouvoir faciliter, en l'écartant, la découverte du ganglion intra-cranien. L'orifice osseux obtenu à l'aide du trépan est agrandi avec une pince-gouge en empiétant également sur l'aile du sphénoïde et l'écaille du temporal; nous attaquons enfin la base du crâne, après avoir dépassé en bas la ligne rugueuse que nous avons signalée, et, nous guidant sur les deux troncs nerveux, que notre aide maintient légèrement tendus, nous entamons les dernières parcelles osseuses.

Le trou ovale largement ouvert, nous décollons prudemment la dure-mère jusque sur le côté de la selle turcique, en séparant les deux feuillets fibreux qui revêtent le ganglion de Gasser. Nous avons atteint ainsi à sec, et après avoir écarté la carotide, le sinus pétreux supérieur et le sinus caverneux, le bord du rocher, au niveau duquel nous avons sectionné le tronc même du trijumeau, en amont du ganglion de Gasser, que nous avons le plaisir de présenter au Congrès, presque intact, avec 15 millimètres des branches ophtalmique, maxillaire supérieur, et 35 à 40 millimètres des nerfs dentaires inférieur et lingual.

La malade guérit sans la moindre réaction, malgré sa corpulence et son mauvais état général.

Les douleurs ont disparu dès l'opération. Nous n'avons pas observé de troubles oculaires appréciables, contrairement à l'opinion des physiologistes.

Nous avions d'ailleurs prévu cette particularité, la perte de l'œil chez les animaux après la section du trijumeau étant habituellement de cause traumatique. Le sympathique seul préside donc à la nutrition du globe oculaire. Nous n'avons pas besoin de dire que, chez notre opérée, la cornée est insensible, bien que la vision soit normale.

Afin de bien démontrer que notre opération est bien le premier cas de section intra-cranienne du trijumeau au-dessous du sinus pétreux supérieur, d'extirpation totale du ganglion de Gasser, avec une certaine étendue de ses branches émergentes, nous nous

arrêterons quelques instants à la tentative antérieure de Rose.

L'opération de Rose est toute différente de la nôtre : Rose fit successivement « l'élongation du dentaire inférieur, la section des rameaux mentonniers, puis la section du nerf dentaire inférieur après trépanation de l'os, et enfin la section des nerfs dentaires inférieur et lingual dans la fosse ptérygoïde. C'est alors qu'il songea à enlever le ganglion de Gasser, après résection du maxillaire supérieur. Le ganglion fut chargé sur un fil à l'aide d'une aiguille de Deschamps, et extirpé sans ouverture de sa dure-mère. Il y eut ensuite une panophtalmie; on énucléa l'œil; et la malade, guérie de ses douleurs, se montra satisfaite, malgré la perte d'un œil et de la mâchoire supérieure. »

Avouons que nous ne trouverions pas aisément des malades assez patients et assez courageux pour subir successivement une pareille série de mutilations. Outre que l'opération a été faite sans règles précises, il doit y avoir eu destruction du ganglion ophtalmique au cours de l'ablation du maxillaire supérieur, et la destruction sur place du ganglion de Gasser dont Rose semble, d'après l'observation, avoir obtenu à peine quelques bribes pour l'examen histologique, diffère sous tous les rapports de l'opération méthodique et réglée que nous avons menée à bien.

Du fait que le trijumeau et le facial ne constituent qu'un seul et même nerf, dont la racine sensitive est la grosse racine du trijumeau, et la racine motrice le nerf masticateur et le tronc du facial, il résulte que l'ablation du ganglion de Gasser ne devait pas déterminer de troubles trophiques graves, pourvu que les filets sympathiques des ganglions extra-craniens puissent demeurer intacts. Le succès que nous venons d'obtenir nous autorise donc à proposer au Congrès, pour la cure de toutes les névralgies rebelles des nerfs rachidiens, une opération analogue à la section du trijumeau, c'est-à-dire la section intra-rachidienne des racines postérieures. Nous serons bientôt à même de donner les résultats de la nouvelle opération dans la névralgie sciatique.

Absence congénitale du rectum. — Nouveau procédé d'intervention,

Par le Dr V. Delagenière (de Tours).

Dans cette étude, nous allons laisser absolument de côté l'imperforation simple et les cas où un double infundibulum indique le trajet et la place du rectum et de l'anus.

Nous n'aurons donc à étudier que les cas d'imperforation où il

y a absence totale de rectum, et où le gros intestin s'arrête en cul-de-sac, à un niveau plus ou moins élevé du bassin.

Ce vice de développement jusqu'à nos jours a été presque toujours incompatible avec la vie, et l'on n'a jamais essayé contre lui que des traitements purement palliatifs. Est-il possible, en effet, de donner un autre nom à l'anus contre nature?

L'anus contre nature, si l'on consulte les statistiques, ne donne guère qu'une survie de quelques jours, bien rarement de deux ou trois semaines, et l'on cite comme exceptions deux ou trois cas où le malade a atteint l'âge adulte. Même alors, cette infirmité rend la vie à peine tolérable, de sorte que l'on peut conclure que devant une imperforation totale de l'anus, le chirurgien peut tout risquer, car le petit malade qu'on lui apporte est condamné à mourir fatalement et à brève échéance. Cela est tellement vrai, que quelques chirurgiens se refusent d'intervenir dans des cas semblables et laissent mourir l'enfant sans l'opérer.

Pendant notre séjour à l'hôpital Trousseau, nous avons eu occasion d'observer plusieurs cas, et c'est après les autopsies que nous avions faites des premiers, que nous avons essayé d'instituer un traitement réellement radical de cette affection.

Si l'on examine sur le cadavre une imperforation de l'anus, on voit que, dans la plupart des cas, le cul-de-sac terminal du gros intestin répond à peu près à l'articulation sacro-iliaque gauche, au-dessous et en dedans de laquelle il se prolonge environ de 0 m. 01 à 0 m. 03.

Le plus souvent (4 fois sur 6), cette extrémité est reliée à la paroi postérieure du petit bassin par un pédicule cellulo-vasculaire assez lâche, et qu'une traction peut allonger dans des proportions considérables.

Dans ces conditions, il était possible de faire une traction suffisante, après avoir décollé et detruit les adhérences de ce cul-de-sac, pour l'attirer jusqu'au plancher pelvien; dès lors pour amener une guérison radicale, il suffisait de rechercher ce cul-de-sac et, après l'avoir atteint, de l'attirer et le fixer en bas. Pratiquement, il est impossible par une incision périnéale seule d'arriver jusqu'à ce cul-de-sac et de le reconnaître par le toucher, au milieu des anses intestinales. Par suite, il fallait prendre la voie abdominale et faire une laparotomie pour voir et reconnaître l'intestin.

Dès lors, nous avons cherché dans deux cas successifs, en combinant une laparotomie à une véritable taille périnéale, dans laquelle on avait pour guide la face postérieure de la vessie, de remplir le but que nous nous proposions.

Observation I. — Enfant de deux jours apporté à l'hôpital Trousseau, le 19 juillet 1891.

On avait essayé, mais en vain, d'atteindre le cul-de-sac intestinal en passant par le périnée; après une tentative d'une heure où l'enfant perd beaucoup de sang, on renonce à trouver l'intestin.

Le 21 juillet, comme l'enfant, bien que vomissant des matières, paraissait cependant vigoureux, nous l'opérons avec l'aide de notre collègue et ami le Dr Civel (de Brest). On fait une incision exploratrice, longue de 0,02 à 0,05 centimètres environ, et parallèle à l'arcade de Fallope gauche, dont elle est distante de deux travers de doigt environ. Par cette incision on se rend difficilement compte du cul-de-sac intestinal inférieur, en raison de l'extrême distension des anses intestinales.

Sur un doigt laissé dans le petit bassin et déprimant le plancher pelvien, on prolonge l'incision péritonéale faite deux jours auparavant, et l'on arrive jusqu'au péritoine.

L'incision abdominale est agrandie. Dès lors on peut se rendre un compte exact de la situation de l'intestin, dont le cul-de-sac terminal répond à l'articulation sacro-illiaque et est muni d'un pédicule long.

L'aide refoule alors fortement le cul-de-sac vers le plancher périnéal, on le saisit avec deux pinces et on le ponctionne après l'avoir attiré à la peau. On introduit alors une sonde cannelée dans l'orifice de la ponction, l'incision est agrandie, et on place de suite un drain dans le rectum.

Les matières sortent en grande abondance.

On suture alors les lèvres de l'incision intestinale à la peau environnante avivée. Le drain est maintenu dans le rectum par un crin de Florence.

Ceci fait, nous retournons à l'abdomen, et nous suturons la paroi ; drainage avec de la gaze salolée.

L'opération a duré en tout une heure. L'enfantayant peine à se réveiller du sommeil chloroformique, on lui fait deux piqûres d'éther, puis, pour le remonter, on l'enveloppe complètement dans de l'ouate et on lui fait prendre d'heure en heure un peu de Todd. Les vomissements ont cessé aussitôt après l'opération, et le soir même, à 7 heures, le petit malade a gardé tout ce qu'on lui a fait prendre et semble remonté.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, on peut enlever le drain placé dans le rectum, les matières continuent à sortir; on fait prendre du lait à l'enfant, dont le poids augmente rapidement. Il semblait hors de danger, lorsqu'il succombe le neuvième jour à une broncho-pneumonie, que l'on peut vraisemblablement rattacher au milieu où il se trouvait placé. Il y avait en effet dans le pavillon une épidémie de rougeoles compliquées.

A l'autopsie, les adhérences entre l'intestin attiré en bas et le canal artificiel où on l'a placé sont complètement établies, sans qu'il y ait pour cela diminution appréciable du calibre intestinal. La perforation accidentelle de l'S iliaque est réunie; il n'y a pas de trace de péritonite.

La guérison était donc complète au point de vue opératoire.

Quant aux poumons, ils étaient le siège d'une congestion généralisée.

Obs. II. — On amène à l'hôpital Trousseau, dans le courant de septembre 1892, un enfant de trois jours né avec une imperforation de l'anus. Des tentatives faites en ville pour rétablir le cours des matières sont restées infructueuses. Comme dans le cas précédent, une incision est faite parallèlement au pli de l'aine. Les anses intestinales très distendues par les gaz sont refoulées en haut. On découvre le cul-de-sac intestinal, qu'il est impossible de mobiliser sans sectionner les vaisseaux très courts qui l'attachent au bassin. On se contente alors de faire un anus contre nature et l'enfant meurt le troisième jour.

Depuis ces deux opérations, nous avons encore fait des expériences cadavériques qui nous ont amené à modifier le procédé employé; aussi croyons-nous pouvoir poser à l'heure actuelle les règles suivantes au point de vue opératoire.

En présence d'un cas d'absence totale du rectum, on peut comme autrefois chercher par le périnée à atteindre la terminaison de l'intestin, mais sans pousser trop profondément l'incision. On aura recours, en cas d'échec, à la laparotomie qui seule permettra de *voir* ce que l'on fait, et facilitera les différents temps de l'opération. Grâce à elle, on pourra ou bien s'arrêter de suite si on tombe sur un intestin non mobilisable, comme dans la seconde observation, ou bien continuer en facilitant la seconde partie et, selon nous, la plus délicate de l'opération, c'est-à-dire l'incision du périnée. On pourra alors procéder ainsi.

L'intestin saisi par des pinces, on incise la séreuse qui le fixe toujours dans une certaine mesure, et on le libère en quelque sorte. Puis, sur le plancher pelvien, rasant la face postérieure de la vessie, de façon à éviter de léser les troncs sacrés en se rapprochant trop de la partie postérieure du pelvis, on fait une incision peu profonde mais cependant suffisante pour admettre l'extrémité de l'intestin, toujours maintenue par la pince, et l'on fait exercer une pression par l'aide qui tient la pince. On reprend alors l'incision périnéale première que l'on approfondit à petits coups, jusqu'à ce que, à travers les parties molles du périnée qui restent à sectionner, on arrive à sentir la pince qui, dans le ventre, maintient l'intestin et *en même temps indique l'endroit* où l'on doit aboutir. Ce repère est d'un grand secours, car on se trouve très à l'étroit pour cheminer à travers un périnée aussi peu développé sans blesser la vessie. Une fois que l'on s'est fait jour jusque dans la cavité péritonéale, il est facile d'introduire une pince par le tunnel que l'on vient de creuser, on saisit fortement le cul-de-sac intestinal que l'on attire en bas, après avoir lâché la pince qui l'avait d'abord fixé dans l'abdomen en servant en même temps de point de repère.

Une fois que le cul-de-sac intestinal attiré a dépassé le niveau de la peau du périnée, on place des pinces à sa périphérie et on

l'incise largement. Les matières sortent en quantité, et quand l'écoulement a cessé on peut alors rapidement terminer l'opération, c'est-à-dire fixer les lèvres de la plaie intestinale à celles de la plaie cutanée, mettre un drain dans le rectum et fermer le ventre.

De ce qui précède, nous pouvons tirer les déductions suivantes.

Le nouveau-né présente une aptitude remarquable pour résister aux interventions les plus sérieuses, mais à condition de ne pas lui faire perdre de sang, car il succombe alors rapidement. On avait signalé déjà cette résistance; mais cette intervention est tout à fait concluante, car nous avons fait ici, outre une laparotomie analogue à celle de l'anus contre nature, des interventions complémentaires de section du périnée et de sutures intestinales ayant duré une heure.

Enfin, l'opération que nous avons faite, quelque brutale qu'elle puisse paraître au premier abord, est en somme rationnelle, et bien que nous ayons perdu notre petit malade, elle est justifiée. On ne saurait en effet l'incriminer dans ce cas, puisque c'est une maladie intercurrente qui a emporté l'enfant. Elle semble donc devoir, par la suite, sauver un bien plus grand nombre d'enfants que l'anus contre nature, et même, si elle ne diminuait pas la mortalité et ne faisait que donner les mêmes résultats, elle serait encore préférable, car l'existence serait bien plus supportable aux rares survivants. Enfin, même dans les cas où il est impossible de mobiliser l'intestin, on a toujours, comme dernière ressource, la possibilité de faire un anus contre nature dont le pronostic ne sera pas aggravé par l'exploration qui l'aura précédé.

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez l'enfant (*Résumé*).

Par le Dr Témoin (de Bourges).

J'ai observé une tumeur fibreuse de la paroi abdominale chez une enfant de quatorze ans. A l'âge de deux ans, sa mère lui trouva dans le côté gauche de l'abdomen une petite tumeur de la grosseur d'une noix, tumeur dure, mobile, non douloureuse, qui, en un an, prit le volume du poing. En mars 1890, elle m'est présentée et je trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant s'étendant des fausses côtes à l'arcade crurale et surplombant le tiers supérieur de la cuisse. Cette tumeur est dure, mate sur toute son étendue, légèrement irrégulière, mobile, non adhérente à la peau, mais s'immobilise par la contraction des muscles de l'abdomen. L'enfant est très faible, marche très péniblement et le poids de la tumeur l'oblige en marchant à

avoir un balancement qui lui donne, vue de dos, l'apparence d'une petite fille atteinte de luxation congénitale de la hanche. Je fis, par exclusion, le diagnostic de tumeur fibreuse de la paroi abdominale.

L'opération a lieu le 9 mai 1890; je fais une incision de 12 centimètres au moins partant de la dixième côte et aboutissant à l'arcade crurale. La tumeur est nettement sous-musculaire, se laisse détacher facilement des couches superficielles et repose profondément sur le péritoine.

Je la décolle peu à peu de cette séreuse, mais malgré toutes les précautions, il m'est impossible de ne pas la sectionner sur une étendue d'une pièce de 2 francs environ, où son adhérence avec la tumeur est très forte. Le poids du fibrome était de 1,400 grammes. Le péritoine est suturé à la soie, la plaie extérieure fermée par deux plans de suture et l'enfant guérit.

Je l'ai revue ces jours derniers (deux ans et demi après l'opération) : elle va très bien. La mère me dit que pendant plus d'un an sa marche a continué à être défectueuse, mais depuis cette époque elle est devenue normale.

Cette observation, la seule de ce genre que je connaisse, me paraît intéressante à divers points de vue. Elle prouve, en effet, que :

1° L'on peut constater l'existence de tumeurs fibreuses de la paroi abdominale chez l'enfant;

2° Le péritoine peut quelquefois être tellement adhérent à la tumeur que la section de la séreuse est inévitable, quoi qu'en aient dit les auteurs;

3° L'accroissement si rapide de cette tumeur chez une enfant (1,400 grammes en deux ans) prouve qu'il y a urgence à enlever le plus tôt possible un petit fibrome de la paroi abdominale, qui peut compromettre la santé générale et donner à l'enfant une démarche vicieuse.

L'examen histologique de la tumeur que j'ai enlevée a été fait par M. le docteur Pilliet, et a montré qu'il s'agit bien d'une tumeur fibro-graisseuse.

Parallèle entre les incisions linéaires et la divulsion progressive dans le traitement des rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation,

Par le Dr Lavaux (de Paris).

L'antisepsie et l'anesthésie directes des voies urinaires inférieures, que j'ai réalisées chez les rétrécis avant toute intervention chirurgicale proprement dite, grâce au lavage continu de l'urètre

antérieur et aux injections intra-vésicales pratiquées sans sonde, ont tellement agrandi le champ de la dilatation que l'on peut dire que ce procédé ne reconnaît guère aujourd'hui qu'une contre-indication : la trop grande résistance du rétrécissement. D'un autre côté, j'ai montré, dès 1889, à la quatrième session du Congrès français de chirurgie, que presque toujours, 104 fois sur 105 cas, la stricture urétrale peut être dilatée au moins jusqu'au n° 10.

La question des indications des procédés de force doit donc être envisagée désormais à un point de vue tout différent de celui auquel on s'est placé jusqu'à présent. Comme les indications d'urgence ont à peu près complètement disparu, lorsqu'il s'agit de recourir aux procédés de force, il ne faut plus employer un procédé donnant au canal un calibre inférieur à celui qu'il doit avoir pour que l'on puisse éviter facilement la récidive à l'aide du traitement post-opératoire. Le but que l'on doit se proposer d'atteindre, c'est de rendre d'emblée à l'urètre rétréci son calibre normal, c'est-à-dire un calibre tel que l'on puisse introduire une bougie en gomme au moins d'un numéro 20 à 22.

En 1889 et en 1892, j'ai apporté au Congrès des observations qui prouvent que la *divulsion progressive* permet d'obtenir ce résultat. Aujourd'hui, je me propose de démontrer que les incisions linéaires habituellement employées, c'est-à-dire l'urétrotomie interne et l'électrolyse linéaire — je laisse de côté les autres procédés de force, dont les indications sont exceptionnelles et le deviendront de plus en plus — sont au contraire insuffisantes à ce point de vue. La théorie et la pratique prouvent en effet qu'il est impossible d'atteindre ce but en ayant recours exclusivement à ces procédés opératoires. Occupons-nous d'abord de l'urétrotomie interne. Voyons ce qui se passe lorsqu'on pratique cette opération.

On admet qu'il est dangereux de se servir d'un urétrotome ayant plus de 8 millimètres de diamètre au niveau de la partie qui correspond à la lame. Eh bien, calculons ce que l'on obtient avec cet instrument.

Supposons qu'il s'agisse d'un rétrécissement ne permettant d'introduire qu'une bougie n° 10. Si les parois du canal étaient absolument rigides, on aurait une section de 8 millimètres, moins 3 millimètres 1 tiers, soit 4 millimètres 2 tiers. Mais les parois urétrales ne sont pas habituellement rigides ; elles s'aplatissent sous l'influence de la tension produite par la lame de l'instrument. Le diamètre de l'urètre devient alors en réalité de 5 millimètres et la section de la paroi urétrale n'est plus que de 3 milli-

mètres de profondeur. On a donc une nouvelle circonférence du canal ainsi constituée : 10 millimètres, circonférence primitive, plus deux fois 3 millimètres, étendue de chacune des deux lèvres de section, soit 16 millimètres. Si l'on ne force pas, on ne peut introduire dans l'urètre après cette opération qu'une bougie n°s 15 ou 16. Il est mathématiquement impossible d'employer un instrument plus volumineux sans produire un nouveau traumatisme, une véritable *divulsion*, en un mot sans ajouter à la section de la paroi urétrale une déchirure, qui prolonge cette section et qui peut causer une urétrorrhagie grave. Aussi les auteurs conseillent-ils de ne pas mettre à demeure une grosse sonde après l'urétrotomie interne. Il faut choisir, disent la plupart des chirurgiens qui pratiquent cette opération, une sonde n°s 15 ou 16.

Quant à l'emploi d'un urétrotome correspondant aux n°s 27 ou 28, il peut déterminer de très graves hémorragies et le calcul montre que l'on n'obtient avec cet instrument qu'une circonférence de 18 millimètres environ.

Mais, dira-t-on, si les parois du canal sont rigides au niveau de la stricture, la section sera plus profonde. Il est bien rare que cette rigidité soit assez considérable pour empêcher les parois urétrales de s'aplatir sous l'influence de la tension produite par la lame de l'urétrotome. Du reste cette rigidité fût-elle absolue que l'urétrotomie interne serait encore insuffisante pour rendre au canal son calibre normal. En effet, avec un urétrotome correspondant au n° 24 de la filière, on aurait, ai-je dit, une section de 4 millimètres 2 tiers et par suite une circonférence de 10 millimètres plus 9 millimètres 1 tiers, soit 19 millimètres 1 tiers, en admettant que les lèvres de la plaie puissent être complètement étalées. Or, l'expérience a prouvé que c'est précisément dans des cas analogues que l'urétrotomie interne est inefficace, qu'il est impossible d'introduire une sonde à bout coupé dans le canal après cette opération. De plus, les malades sont parfois exposés à des accidents de la plus haute gravité. C'est dans ces conditions qu'on en a vu succomber moins de vingt-quatre heures après l'urétrotomie interne.

Voilà ce que l'on obtient avec un instrument correspondant au n° 24 de la filière française. Si, comme le conseillent certains auteurs, on emploie un urétrotome n'ayant que 7 millimètres de diamètre, c'est-à-dire correspondant au n° 21 de la filière, la section de la paroi urétrale n'a plus que 2 millimètres de profondeur et la circonférence du nouveau canal égale $10 + 2 + 2 = 14$ millimètres.

On voit combien l'urétrotomie interne est loin de rendre à

l'urètre rétréci son calibre normal. Passons maintenant à l'opération du Dr Jardin, à l'électrolyse linéaire.

Quel que soit l'instrument employé, si le diamètre de l'urétrotome électrolytique est le même au niveau de la lame de platine, les résultats sont en général identiques à ceux fournis par l'urétrotomie interne. Les opérés de Jardin ne pouvaient se sonder facilement après l'électrolyse linéaire qu'avec une bougie nos 14, 15 ou 16.

Et cependant en étudiant cette question scientifiquement, loyalement, sans parti pris, on arrive à une conclusion qui va sans doute beaucoup vous surprendre, c'est qu'il est à peu près sûr aujourd'hui que sous peu on pourra dire formellement que le procédé de choix à employer dans le traitement des rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation, c'est l'électrolyse linéaire. En effet, si l'on pratique deux sections, l'une sur la paroi supérieure du canal et l'autre sur la paroi inférieure, en plein tissu fibreux, on obtient une circonférence de 18 et même de 19 millimètres avec les instruments électrolytiques que j'ai décrits, en décembre 1892, dans les leçons que j'ai faites à l'École pratique sur les rétrécissements de l'urètre.

Un des malades que j'ai ainsi opérés et dont l'observation a été publiée reste guéri depuis plus d'un an. Un cathétérisme par mois suffit pour éviter la récidive. Même résultat chez d'autres malades opérés il y a quelques mois.

Parmi les observations que j'ai recueillies récemment et qui n'ont pas encore été publiées, en voici deux qui présentent un réel intérêt à ce point de vue.

Observation I. — D...., soixante-dix ans, tonnelier, se présente à ma clinique le 1er février 1893.

A seize ans, première blennorragie, qui dura plusieurs mois.

A quarante ans, deuxième blennorrhagie suivie d'une blennorrhée qui dura trois ans. En même temps, symptômes de rétrécissement de l'urètre. Le malade est obligé de se sonder.

En 1867, on pratique une opération, probablement l'urétrotomie interne.

En 1868, Mallez pratique l'électrolyse circulaire. Le malade va assez bien jusqu'en 1875. A cette époque, Mallez fait l'urétrotomie interne, qui donne de moins bons résultats. Dès 1877, on est obligé d'intervenir de nouveau. Jardin pratique l'électrolyse. Le malade se sonde ensuite assez régulièrement avec une bougie no 10, puis il ne peut plus introduire qu'une petite bougie qu'il laisse à demeure, la nuit, de temps en temps.

Le 5 juillet 1890, ce malade vint à ma clinique. Il urinait très difficilement et ses urines contenaient beaucoup de pus. Je constatai qu'il s'agissait d'un rétrécissement très serré, tortueux, que je ne pus fran-

chir avec une bougie filiforme qu'au bout de quelques jours. Grâce à l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures, je pus employer la dilatation et bientôt je parvins à introduire une bougie n° 12. Mais le malade, très soulagé, cessa alors de venir à la clinique, bien qu'il lui fût impossible de se sonder lui-même.

Le 7 janvier 1891, il revient me voir. Il était dans un état déplorable. Il me raconte qu'il y a quelques mois, en province, on a essayé de le sonder, mais sans y parvenir, et que depuis cette époque il a presque constamment la fièvre. Il présente en effet tous les symptômes de l'infection urineuse chronique. Je constate également que les urines sont ammoniacales et contiennent énormément de pus. Les mictions sont extrêmement fréquentes et difficiles.

Après avoir lavé l'urètre avec une solution saturée d'acide borique, je puis introduire une bougie n° 2, que je fixe.

Grâce à l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures et à la dilatation permanente, je puis arriver à introduire une bougie n° 15 et à faire cesser tous les accidents, mais l'urine contient encore du pus. Malgré mes recommandations, le malade, qui ne peut pas se sonder lui-même, cesse au bout de six semaines de venir à la clinique.

Le 1er février 1893, ce malade revient me voir. Il me dit qu'il y a trois jours il a eu une rétention d'urine complète, qu'il a beaucoup souffert, puis qu'il s'est produit de l'incontinence d'urine et qu'il a été un peu soulagé. Je puis constater facilement qu'il s'agit d'une incontinence par regorgement et que l'état général est des plus graves.

La dilatation permanente et l'antisepsie directe des voies urinaires inférieures me permettent encore de faire cesser les accidents, mais bientôt la dilatation ne donne plus aucun résultat. On ne peut introduire facilement qu'une bougie n° 11.

Le 24 février, je pratique l'électrolyse linéaire. Je fais une première section sur la paroi supérieure du canal. J'emploie 36 milliampères; je sectionne successivement dans la région périnéo-bullaire cinq rétrécissements : l'opération dure neuf minutes. Je fais ensuite une deuxième section sur la paroi inférieure de l'urètre. J'emploie 40 milliampères; le troisième rétrécissement est difficile à franchir et ce n'est qu'au bout de dix minutes que le cinquième est sectionné. Je me suis servi de l'instrument de Jardin modifié par M. Gaiffe. Cuisson un peu vive, mais pas une goutte de sang, ce qui surprend beaucoup mes aides. Je n'introduis aucun instrument dans l'urètre après l'opération. Le malade quitte la clinique et le lendemain matin il reprend ses occupations.

Le 6 mars, il revient me voir. Il me dit qu'il n'a eu ni fièvre, ni écoulement urétral, mais pendant vingt-quatre heures un peu de cuisson en urinant. Je constate qu'une bougie en gomme n° 18 peut être facilement introduite. Précautions antiseptiques habituelles, car l'urine contient encore du pus.

Le 27 mars, le malade va très bien; une bougie n° 18 est introduite avec la plus grande facilité.

Obs. II. — P...., cinquante-neuf ans, se présente à ma clinique le 20 mars 1893.

Rétrécissement d'origine blennorragique ayant nécessité l'urétrotomie interne il y a cinq ans et siégeant dans la région périnéo-bulbaire.

Depuis plusieurs mois, le malade urine difficilement, les urines contiennent du pus et de temps en temps il survient un accès de fièvre.

Rétention d'urine complète depuis dix-sept heures. Un peu de fièvre. Hypertrophie de la prostate. Lavage de l'urètre. J'introduis et je fixe une bougie n° 4. L'urine commence aussitôt à s'écouler goutte à goutte; elle contient du sang et du pus. Sulfate de quinine.

Le 21, la vessie paraît s'être vidée complètement. J'introduis et je fixe une bougie n° 6. Précautions antiseptiques habituelles.

Le 22, l'urine contient toujours du pus et du sang. Bougie n° 10 deux heures à demeure. Mêmes précautions antiseptiques.

Le 23, même état; la dilatation ne donne plus aucun résultat.

Le 24, je pratique l'électrolyse linéaire. Je fais une première section au niveau de la paroi supérieure de l'urètre. J'emploie 25 milliampères : l'opération dure trois minutes.

Je pratique ensuite une deuxième section sur la paroi inférieure du canal. J'emploie 30 milliampères : l'opération dure quatre minutes. Je me suis servi de l'urétrotome électrolytique de Jardin modifié par M. Gaiffe.

Je vide une partie du contenu vésical avec une sonde n° 15 et j'emploie le procédé que j'ai décrit, en 1887, dans un travail sur le traitement de la troisième période de l'hypertrophie de la prostate. Pas de sonde à demeure.

Le 25, aucune complication. Je vide complètement la vessie.

Le 27, le malade va très bien : les urines sont presque normales; elles ne contiennent plus de sang. On peut introduire facilement une bougie n° 18.

Le 29, va bien. Une sonde béquille n° 18 est introduite sans difficulté : il y a peu d'urine dans la vessie.

Si les excellents résultats éloignés fournis par la double section se maintiennent et que les observations se multiplient, ce qui est probable, le fait que je viens de signaler sera définitivement acquis. En attendant, je dirai :

Parmi les procédés de force habituellement employés, la *divulsion progressive* est le seul qui permette de rendre au canal rétréci son calibre normal. L'*électrolyse linéaire*, à condition de pratiquer deux sections sur deux points diamétralement opposés, permet de donner à l'urètre, même dans les cas graves, un calibre suffisant pour que l'on puisse introduire facilement une bougie en gomme n° 18. L'*urétrotomie interne* au contraire ne permet d'introduire en général qu'une bougie nos 15 ou 16.

En dehors des indications d'urgence, qui sont aujourd'hui exceptionnelles, le procédé de choix à employer dans le traitement des rétrécissements de l'urètre rebelles à la dilatation paraît être encore la divulsion progressive.

Dans certains cas, dans les cas d'urgence par exemple, l'électrolyse linéaire peut rendre de réels services; mais l'urétrotomie interne ne me paraît plus avoir d'indications.

Lorsqu'on emploie l'électrolyse linéaire, on peut recourir après cette opération à la divulsion progressive pour achever de rendre à l'urètre rétréci son calibre normal ; mais en général on ne doit pas pratiquer ces deux opérations dans la même séance.

Note sur la chirurgie de l'oreille moyenne,

Par le Dr Hamon du Fougeray (Le Mans).

La chirurgie de l'oreille moyenne est entrée depuis une dizaine d'années surtout dans une phase nouvelle, et c'est pour cette raison qu'il m'a semblé ne devoir pas être sans profit d'examiner l'état actuel de cette question si intéressante, de noter les faits acquis, les progrès à accomplir et les indications générales qui doivent guider le chirurgien dans la recherche de procédés nouveaux.

Bien qu'autrefois Riolan, Cheselden aient envisagé la possibilité de tenter des opérations sur la caisse du tympan, il faut arriver à A. Cooper et à Himly au commencement de ce siècle pour assister aux premiers essais chirurgicaux sérieux.

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, d'immenses progrès ont été accomplis. L'étude des affections de l'organe de l'ouïe s'est progressivement perfectionnée grâce aux nombreux travaux qui ont paru, de telle sorte que l'otologie s'est élevée, on peut le dire, à la hauteur de l'ophtalmologie. Quoi qu'on ait pu écrire, les médecins français ne sont point restés étrangers à ce mouvement scientifique, et si l'organisation de l'enseignement otologique a été et reste encore défectueuse dans notre pays, s'il n'occupe pas encore la place à laquelle il a droit et qu'on lui a accordée amplement partout ailleurs, cela n'enlève rien à la valeur des savants tels que Itard, Saissy, Ménière, Triquet, Hubert-Valleroux, Bonnafont, pour ne parler que des morts. Il m'est agréable même de constater que Turck est venu en France s'initier à l'otologie avant de l'introduire en Autriche.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui la part qui revient à la chirurgie dans le traitement des maladies de l'oreille est considérable et tend à le devenir de plus en plus, surtout maintenant que l'antisepsie et l'asepsie autorisent des tentatives qui eussent offert autrefois de sérieux dangers. Des trois parties qui composent l'oreille, la caisse du tympan occupe presque le premier rang

tant par la fréquence que par l'importance de ses lésions, importance souvent capitale à cause des nombreux accidents de voisinage.

Je me propose donc de signaler d'abord les nombreux actes opératoires qui ont été et sont pratiqués sur l'oreille moyenne, puis de rechercher dans les principales affections de la caisse tympanique les indications précises de ces opérations, de discuter leur choix, et de noter les résultats.

Ce travail ne peut être aujourd'hui qu'une vue d'ensemble; chaque année apporte en effet de nouveaux perfectionnements; mais quelles que soient ses imperfections, il ne paraîtra point inutile de grouper en quelques pages l'ensemble des faits acquis tout en signalant les points douteux et les progrès à accomplir.

1° *Des opérations pratiquées sur l'oreille moyenne.*

Les opérations praticables sur la caisse du tympan peuvent se faire par deux voies : d'abord, directement par le conduit auditif, puis en enlevant au moyen de la gouge et du maillet après décollement des parties molles, la partie la plus profonde du conduit osseux avec le mur de l'attique. Ce dernier procédé a été décrit pour la première fois par Stacké (d'Erfurt) dans les *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. 31, cahiers 2 et 3, p. 201.

Tableau des opérations pratiquées sur l'oreille moyenne.

1° *Opérations faites directement par le conduit auditif.*

a. — Opérations pratiquées sur la M. T. seule.

1. Paracentèse.
2. Section des plis antérieurs et postérieurs (plicotomie).
3. Myringodectomie partielle.
4. id. totale.

b. — Opérations pratiquées sur la lame osseuse de l'attique.

5. Perforation.
6. Résection.

c. — Opérations pratiquées à travers la M. T. sur un organe contenu dans la caisse.

7. Section du tendon du muscle du marteau.
8. Section du tendon du muscle de l'étrier.
9. Mobilisation de l'étrier.
10. Désarticulation incudo-stapédienne avec ou sans résection de la longue branche de l'enclume.

11. Paracentèse de la fenêtre ronde.
12. Ablation de l'étrier ou stapedectomie.

d. — Opérations intéressant la M. T. et les organes inclus dans la caisse.

13. Ablation de la M. T. avec résection du manche du marteau.
14. id. et du marteau.
15. id. du marteau et de l'enclume.
16. Ablation totale de la M. T. et de tous les osselets

e. — Opérations faites pour enlever les corps étrangers et les productions pathologiques.

17. Corps étrangers.
18. Ablation de tumeurs.
19. Curetage.

2° *Opération pratiquée en détachant le pavillon et le conduit auditif membraneux.*

20. Opération de Stacké.

Parmi ces nombreuses opérations, les unes peuvent être commandées seulement par l'état des lésions; les autres, au contraire, faites d'après une méthode déterminée constamment la même et répondant à des altérations constantes de la caisse. Toutes n'offrent donc pas la même importance; il y en a quelques-unes que l'on peut considérer comme fondamentales et ce sont celles-là qui m'occuperont plus particulièrement, les autres pouvant être envisagées comme accessoires.

Je ne puis omettre de signaler ici que toutes ces opérations même les plus simples ne doivent être pratiquées que d'après les règles strictes de l'asepsie et de l'antisepsie. Mais il me paraît superflu d'entrer dans les détails connus sur la propreté des mains, des instruments et sur la désinfection complète de la région opératoire. Si autrefois le cathétérisme de la trompe a laissé de mauvais souvenirs, il n'en est plus ainsi et tout médecin qui pratique l'otologie sait aujourd'hui se conformer aux progrès de la chirurgie moderne.

Les affections de la caisse du tympan peuvent se diviser d'une manière générale en affections aiguës et chroniques.

Affections aiguës. — Quelle que soit la classification que l'on adopte des otites moyennes aiguës, nous pouvons dire que comme toutes les inflammations elles sont fonction d'un microbe. La plupart en effet naissent à la suite des affections du naso-pharynx ou des maladies infectieuses générales. On peut donc établir

aujourd'hui que toute otite moyenne aiguë est le résultat d'une infection. Partant de ce principe qui nous paraît démontré à l'heure actuelle, il nous sera facile d'en déduire les applications thérapeutiques.

Les otites moyennes aiguës se présentent avec une caractéristique pathologique qui est l'exsudat tantôt séreux, séro-muqueux, fibrineux, tantôt purulent ou muco-purulent.

La quantité de l'exsudat est variable, il existe souvent de très bonne heure des perforations spontanées de la membrane du tympan. Ces données sommaires d'anatomie pathologique devaient conduire logiquement à adopter une méthode de traitement différente de celle recommandée ordinairement par les divers auteurs. La caisse en effet est infectée, il existe un exsudat qui contient de nombreux microbes, la nature tend dans nombre de cas à produire une perforation qui facilitera la sortie de l'exsudat, diminuera la pression intra-tympanique; les malades sont extrêmement soulagés à la suite de ces perforations accidentelles.

Il a paru rationnel à bon nombre de médecins d'imiter la nature et de donner issue à l'exsudat dès le début en pratiquant la paracentèse du tympan. Cette petite opération, sans danger quand elle est pratiquée bien antiseptiquement, relativement peu douloureuse, amène non seulement une accalmie remarquable dans l'état des symptômes, mais aussi peut faire éviter des accidents parfois mortels. Il est difficile sinon impossible de dire si l'exsudat est simplement séreux ou séro-muqueux, ou s'il devient purulent. Se contenter d'une médication toujours anodine, même antiseptique, ne suffit pas. Il existe une cavité infectée contenant un liquide infecté, n'est-il pas juste de lui ouvrir une large voie le plus tôt possible et de le chasser au moyen des douches d'air? C'est pour cette raison que la paracentèse s'impose dès le début.

J'ai fait plus dans beaucoup de cas et j'ai ajouté à la paracentèse le lavage de la caisse au sublimé en me servant de la sonde d'Hartmann; les résultats ont été excellents à tous les points de vue.

Je tiens donc à poser comme règle générale que la paracentèse de la membrane tympanique doit être le traitement de choix dans toute otite moyenne aiguë quelle que soit la nature de l'exsudat. L'incision devra être largement pratiquée, et de plus, un bon lavage de la caisse fait par la perforation est un adjuvant fort utile. Enfin les pansements devront être absolument antiseptiques. En ce qui regarde la paracentèse, je dois signaler ce détail recommandé par mon excellent ami le Dr Gellé : l'incision devra être faite de bas en haut à cause de l'inclinaison de la membrane

tympanique. Si la membrane bombe en un point, c'est en ce point que devra porter l'incision. Cette manière de voir, bien qu'acceptée par beaucoup de praticiens, n'est pas conforme aux indications classiques. Certains auteurs, comme de Rossi, n'opèrent que si la douleur est très aiguë. Elle me paraît cependant plus rationnelle et plus chirurgicale. Si on peut citer des cas où l'inflammation s'est calmée, où l'exsudat a disparu, où l'audition est redevenue bonne après un traitement médical, je puis, d'après ma pratique du moins, certifier que ces cas ne sont pas les plus nombreux. Le plus souvent, quand il n'arrive pas d'accidents cérébraux ou du côté de l'apophyse mastoïde, la nature a fait en créant une perforation ce que le chirurgien aurait dû faire. Certes, dans l'inflammation aiguë de la caisse, comme dans toute inflammation aiguë de tout autre organe, il existe des degrés divers et il peut arriver que dans les cas légers tout rentre dans l'ordre rapidement.

Sans nécessiter une intervention; mais, en général dans les cas bien confirmés, l'intervention restera la règle. Je ne dois pas omettre toutefois de signaler que dans certains cas exceptionnels, comme celui mentionné par S. Sexton, l'exsudat peut être enlevé par aspiration par la trompe d'Eustache.

AFFECTIONS CHRONIQUES.

Si la conduite à tenir en face d'une affection aiguë de l'oreille moyenne paraît relativement simple, bien autrement difficile est celle que nous aurons à suivre dans les cas chroniques. Les malades qui viennent nous consulter présentent alors des altérations de l'ouïe à des degrés infinis et correspondant à des altérations très variables de la caisse du tympan. Si dans un grand nombre de cas il y a des indications nettes, précises, il n'en est pas toujours ainsi et nous pouvons hésiter dans les cas moyens à risquer une intervention qui pourrait être suivie d'insuccès et même d'aggravation.

En un mot, il y a lieu de rechercher dans les affections chroniques de l'oreille moyenne les indications opératoires et ce point est une des questions les plus intéressantes de l'otologie.

Les affections chroniques de la caisse peuvent en clinique se diviser en trois classes :

1° Affections sans exsudat, sclérose;

2° Affections avec exsudat simple, otite moyenne catarrhale chronique;

3° Affections avec suppuration, otite moyenne purulente chronique.

Cette division, qui est celle adoptée par Hartmann et beaucoup d'autres auteurs, répond bien à la réalité. Elle différencie bien les cas qui se présentent et nous voyons ici, comme dans les affections aiguës, l'exsudat jouer un rôle principal.

C'est qu'en effet, sa présence ou son absence ou encore les transformations anatomo-pathologiques qu'il peut subir constituent des altérations de premier ordre et celles que nous constaterons sur les diverses parties de la caisse sont subordonnées à ces variations mêmes. L'inflammation à quelque degré qu'elle se présente, qu'elle soit aiguë ou chronique, constitue la véritable cause des lésions ; mais celles-ci sont variables suivant qu'il existe un exsudat ou non et dans le premier cas suivant sa nature et les modifications qu'il peut présenter. Je passerai donc en revue ces trois états principaux des affections de l'oreille moyenne.

Je dois signaler ici que je fais entièrement abstraction des autres lésions qui peuvent accompagner ou causer même l'otite chronique. Ces lésions sont celles du naso-pharynx, de la trompe d'Eustache et du labyrinthe. Je ferai simplement remarquer que leur existence implique un traitement approprié spécial. Je supposerai donc que ces lésions ont été préalablement traitées et que, de plus, le diagnostic des lésions labyrinthiques a été soigneusement fait, comme celui des nombreuses maladies nerveuses qui peuvent retentir sur l'oreille.

Du reste, qu'il me soit permis de dire une fois pour toutes qu'aucune tentative opératoire ne doit être faite sans un diagnostic précis ou du moins aussi précis que nous pouvons le faire avec les méthodes d'examen actuelles. Ainsi que le fait remarquer M. le professeur Duplay dans son *Traité de chirurgie*, le diagnostic complet d'une otite chronique est souvent difficile et s'il est aisé de rechercher les altérations de la trompe et du naso-pharynx, il n'en est pas de même en ce qui regarde le labyrinthe. Savoir reconnaître l'intégrité de l'appareil nerveux, ou s'il est atteint, à quel degré ; bien déterminer le *quantum* d'altération de l'ouïe causé par les lésions de la caisse et l'autre *quantum* provenant des altérations du nerf acoustique, sont choses toujours difficiles, parfois impossibles. Aussi comprend-on l'hésitation dans certains cas et les insuccès dans des cas qui au premier abord paraissaient très nets. C'est là une question de diagnostic différentiel que la physiologie pathologique en perfectionnant ses méthodes d'investigation arrivera dans un temps plus ou moins éloigné à résoudre. Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que cette difficulté soit un motif pour repousser toute intervention chirurgicale dans l'otite moyenne chronique et, s'il est des cas où le doute est permis il

en est d'autres nombreux où l'indécision n'est pas possible.

1° *Otite moyenne scléreuse.* — La première classe des affections chroniques de l'oreille comprend l'ensemble des lésions que l'on désigne sous le nom de sclérose. Cette affection très fréquente mérite encore des études complémentaires. Lorsque les traitements ordinaires ont échoué et que la surdité est très prononcée; ou que les bourdonnements d'oreille prennent une intensité qui peut aller parfois jusqu'à pousser le malade au suicide, il y a lieu de penser à intervenir chirurgicalement. De nombreuses opérations ont été proposées. Telles sont : la *myringodectomie*, la *ténotomie du muscle tenseur du tympan*, la *ténotomie du muscle de l'étrier*, l'*ablation des deux grands osselets proposée par Kessel*, la *mobilisation de l'étrier*, et enfin l'*ablation de l'étrier* ou *stapédectomie*.

En ce qui me concerne, j'estime que dans ces cas il y a lieu de baser l'intervention chirurgicale sur la physiologie même de l'audition. Dans les cas de sclérose deux choses sont à noter : 1° la membrane du tympan souvent modifiée dans sa structure ne vibre plus ou peu; 2° la chaîne des osselets est transformée en une masse rigide qui a perdu la souplesse de ses mouvements. A ces deux ordres d'altération très souvent associés, correspondent deux indications opératoires. Premièrement : supprimer la membrane, puisque non seulement elle est inutile mais nuisible; deuxièmement : mobiliser l'étrier, le seul osselet véritablement important pour l'audition.

Je ne saurais souscrire aux essais de mobilisation telle qu'on l'a pratiquée et qui du reste n'ont pas donné les résultats que l'on en attendait. En effet ou l'étrier est mobile, ou il ne l'est pas.

S'il est encore mobile, ce n'est pas quelques tractions qui pourront lui rendre ses mouvements libres puisqu'il est uni aux autres osselets qui, eux, sont immobiles, et s'il est enclavé dans la fenêtre ovale aucune traction simple ne saurait lui rendre ses mouvements. D'un autre côté, l'opération de Kessel, c'est-à-dire l'ablation du marteau et de l'enclume, est beaucoup plus rationnelle, mais, outre qu'elle n'a pas donné de brillants résultats entre les mains de Lucae, elle me semble agir précisément du mauvais côté. C'est l'étrier qu'il faut libérer, à quoi bon enlever le marteau et l'enclume? J'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois avec succès une opération déjà proposée du reste, et que je trouve bien plus acceptable : c'est la désarticulation de l'enclume et de l'étrier avec ou sans résection de la longue branche de l'enclume. Dans le cas où l'étrier est encore mobile, cette opération simple associée ou non, suivant les cas, avec une résection très ample de la membrane du tympan, donne et doit donner de bons résultats.

Elle rend en effet toute sa liberté à l'étrier et permet aux vibrations de l'air de l'influencer.

Dans les cas où l'étrier est immobile, Blake (de Boston) a préconisé la stapédectomie. Bien que le désenclavement de l'étrier et son ablation ne soient pas toujours faciles, il y a lieu de tenter cette opération, la seule du reste rationnelle. Faite par une main exercée, elle peut donner de bons résultats. Elle ouvre un nouveau champ d'expériences dans des cas qui paraissaient désespérés, mais il faut encore attendre que les statistiques soient assez nombreuses pour en juger toute la portée. Les craintes théoriques en ce qui regarde l'équilibre, ont été reconnues vaines par un grand nombre d'auteurs et les expériences sur les animaux confirment cette manière de voir. En résumé, dans les cas de sclérose de l'oreille moyenne rebelle à tout traitement ordinaire, nous dirons qu'il y a lieu de proposer une opération pourvu toutefois que la fonction labyrinthique soit intacte, complication que je n'envisage point ici. Alors de deux choses l'une : ou l'étrier est reconnu encore mobile, ou il ne l'est pas. S'il a conservé sa mobilité et ne doit son immobilisation qu'aux altérations des grands osselets et de la membrane tympanique, il faut supprimer l'obstacle en le séparant de la longue branche de l'enclume et suivant le cas en faisant une myringodectomie partielle ou totale.

Dans les cas où l'étrier est immobile, la seule ressource est son ablation et il faut tenter la stapédectomie.

Il n'est pas toujours facile de savoir si l'étrier est plus ou moins immobilisé dans la fenêtre ovale. On pourra alors commencer par une désarticulation incudo-stapédienne et, si l'on reconnaît qu'il est réellement enclavé, terminer par une stapédectomie.

2° *Affections chroniques de la caisse du tympan avec exsudat.* — Dans les cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne on trouve un exsudat qui peut être séreux ou muqueux; tantôt il est très liquide, tantôt au contraire très épais. Dans le premier cas il ne saurait y avoir qu'une seule conduite à tenir : il faut l'évacuer par une large paracentèse. Cette règle a déjà été posée en 1845 par Franck et elle reste la même aujourd'hui.

Dans la forme plastique, la lésion caractéristique consiste dans la production de pseudo-membranes plus ou moins larges et épaisses, traversant la cavité de la caisse et unissant des parties normalement séparées les unes des autres (Duplay). Ces synéchies ont été bien décrites par Toynbee et rien n'est variable comme leur disposition. Il faut alors chercher le moyen le plus simple et le plus convenable pour rendre à la chaîne des osselets toute sa mobilité. Les méthodes opératoires pourront varier depuis la

myringodectomie, la ténotomie du tenseur du tympan, jusqu'à l'ablation des osselets. On ne saurait donner ici d'indications précises, tout étant subordonné au siège, à l'étendue et à l'importance de la lésion. Je renvoie sur ce sujet à la thèse du Dr Guérard (1892) inspirée par le Dr Miot, dont les travaux sur la chirurgie de l'oreille sont bien connus, et à la communication du Dr Gradenigo (de Turin) faite au congrès de Berlin en août 1890. Je ne saurais m'étendre davantage sur cette question, dont l'étude mérite des développements très étendus et nécessite encore aujourd'hui de nouvelles recherches.

3° *Affections chroniques de la caisse du tympan avec suppuration.* — J'arrive en terminant ce rapide exposé à l'un des points les plus intéressants des maladies de l'oreille moyenne. Non seulement les affections chroniques suppuratives de la caisse doivent être traitées pour remédier à l'état de l'audition, mais encore pour éviter des complications terribles souvent mortelles qui se manifestent du côté de l'apophyse mastoïde et du cerveau. Nous avons donc à examiner la conduite à tenir au point de vue chirurgical d'abord pour éviter ces complications, et ensuite, quand celles-ci ont apparu et qu'elles ont été convenablement et heureusement traitées, pour en empêcher le retour.

Cette question de la suppuration de l'oreille moyenne a donné lieu à des travaux innombrables et l'étude des complications qui en résultent se poursuit chaque jour par la publication de nombreuses observations.

Quelle que soit la cause première de l'otite moyenne purulente, c'est toujours une infection microbienne qui la détermine et celle-ci est bien connue depuis les remarquables travaux de Netter. On rencontre le plus ordinairement dans le pus de l'oreille :

Le streptocoque pyogène ;
Les staphylocoques albus, aureus, cereus, tenuis ;
Le pneumocoque ;
Le bacille de Koch ;
Le bacille de Klebs-Lœffler ;
Le bacillus tenuis (Scheibe), pyocyaneus ;
Le micrococcus tetragenus (Lévy et Schrader).

Il en résulte que toute otite moyenne purulente aiguë ou chronique doit être soignée avec la plus grande attention, et j'ose espérer que dans le corps médical tout au moins il ne se trouvera bientôt plus personne qui considère l'écoulement purulent de l'oreille comme un émonctoire salutaire, qu'il ne faut pas supprimer.

Nous avons vu plus haut la conduite à tenir dans le cas d'otite moyenne purulente aiguë. C'est alors que la paracentèse s'impose

d'une façon absolue et doit prendre le pas sur tout autre traitement. Dans toute suppuration, le traitement devra être fortement antiseptique, les pansements renouvelés chaque jour avec le spéculum et par une main exercée et non abandonnés autant que possible au gré du malade. Dans ces conditions la grande majorité des suppurations de l'oreille guérissent vite et souvent ne laissent pas de traces.

Mais dans les cas chroniques, dans les vieux écoulements qui durent depuis dix, vingt et trente ans et quelquefois plus, il arrive souvent que les lésions sont profondes, les os sont dénudés, cariés; alors le simple pansement antiseptique ne suffit plus, il faut une intervention chirurgicale. Deux opérations peuvent être pratiquées et toutes deux ont leurs indications. S'il existe, d'autre part, des productions pathologiques, improprement nommées polypes, ainsi que je l'ai démontré dans un travail sur les tumeurs de l'oreille moyenne, il est tout indiqué de les enlever le plus tôt possible. Ces tumeurs peuvent déterminer par action réflexe sur le pneumo-gastrique des accidents graves, pouvant aller jusqu'à menacer l'existence du malade ainsi que j'en ai publié un cas très intéressant (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc...*, août 1892). Une fois la tumeur enlevée et après un traitement convenable, la guérison peut être obtenue. Mais si les lésions de la caisse sont plus sérieuses, il faut intervenir soit par l'ablation des osselets comme l'ont fait Schwartze et Sexton, soit par le procédé de Stacké (d'Erfurt). Je ne puis entrer ici dans les détails de ces deux méthodes; elles ont le même but : débarrasser la caisse de toutes les parties malades et tarir ainsi l'écoulement en supprimant le foyer infectieux. Elles ont toutes deux leurs indications. Si les osselets sont atteints seulement, leur ablation avec nettoyage, curetage même de la caisse, suffit à obtenir la guérison. Si les lésions remontent plus haut et que cette partie du tympan qu'en France nous nommons la logette, et qu'on appelle la coupole en Allemagne et l'attique en Angleterre et en Amérique, soit plus spécialement malade, l'opération de Stacké doit être préférée. C'est du moins ce qui ressort des travaux publiés et de notre observation personnelle à ce sujet. Telle est d'une manière générale la ligne de conduite à tenir dans les vieilles suppurations ayant produit des altérations profondes de la caisse du tympan. Par ces moyens on pourra éviter des complications graves, souvent mortelles, en supprimant le foyer infectieux.

Je ne saurais passer sous silence ces complications redoutables qui peuvent survenir dans le cours d'une otite moyenne suppurée. Cette étude, qui mérite à tous égards des développements très étendus, je ne ferai qu'en indiquer ici les grandes lignes. Elle

entre cependant dans le sujet que je traite et l'ensemble des actes opératoires qui en découlent ne doit pas être séparé de la chirurgie de l'oreille moyenne proprement dite. Le chirurgien capable d'enlever les osselets et de nettoyer la caisse doit aussi posséder les connaissances nécessaires pour faire une trépanation. Tout se tient et s'enchaîne en chirurgie et l'on ne saurait par une spécialisation mal entendue déterminer d'avance les bornes de l'intervention, d'autant plus que dans beaucoup de cas il y a des indications précises, urgentes, qui peuvent exister à la fois du côté de la caisse et du cerveau.

Ceci posé, il faut savoir que les complications produites par l'otite moyenne suppurée proviennent de la pénétration des micro-organismes existant dans le pus, et dont j'ai donné plus haut l'énumération, dans les régions voisines de la caisse.

Le professeur Moos (d'Heidelberg) admet quatre voies de pénétration :

1° La voie sanguine;

2° La voie salpingienne, qui peut être suivie directement ou par les fentes lymphatiques du tissu conjonctif qui revêt les trompes;

3° La voie tympanique, la membrane étant perforée ou non;

4° La voie pétro-squammeuse.

Quel que soit le mode de pénétration, les complications à signaler de ce fait sont : la mastoïdite, les abcès du cerveau, la méningite purulente, la phlébite avec thrombose des sinus et l'infection purulente.

Il n'est pas de chirurgien s'occupant des affections de l'oreille qui n'ait eu plusieurs cas semblables. Pour ma part, en 1892 seulement, j'en ai rencontré trois cas très nets. Les observations publiées que l'on pourrait rassembler sur ce sujet sont nombreuses et bien plus nombreux encore sont les cas qui n'ont point été signalés. En ce qui concerne l'intervention chirurgicale dans ces cas, je ne puis que renvoyer à l'important travail de MM. L. Picqué, chirurgien des hôpitaux, et Ch. Février, professeur agrégé à la faculté de Nancy (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., décembre 1892). On y trouvera un tableau de 25 observations d'abcès du cerveau consécutifs aux otites purulentes et qui ont été publiées dans ces trois dernières années. D'un autre côté Heimann (de Varsovie) a traité le même sujet dans les *Archives of otology*, vol. XXII, n° 1, janvier 1893. Il donne une statistique de 32 cas publiés. En comparant ce relevé à celui de MM. Picqué et Février, on arrive au total de 49 cas, auxquels je joins un cas opéré par moi en 1892 et suivi de mort par infection générale.

D'un autre côté, en parcourant les diverses séries, j'ai pu trouver plusieurs cas publiés et qui n'ont point été signalés dans les

statistiques de Heimann et de Picqué. Au total on verra par les deux tableaux suivants que le nombre d'observations que l'on peut recueillir dans les différents journaux est de 61, dont 32 guérisons, 28 morts et un cas où le résultat n'est pas mentionné dans le titre.

L'observation qui m'est personnelle a trait à un enfant de sept ans et peut se résumer ainsi : garçon de sept ans, ayant été atteint pour la première fois d'otite moyenne purulente gauche à l'âge de six mois, n'a jamais été soigné. — L'écoulement purulent est intermittent. A chaque fois qu'il s'arrête, l'enfant se plaint de douleurs au pourtour du pavillon et dans le côté gauche de la tête; il existe de plus à ce moment une toux très rauque avec aphonie cessant avec le retour de l'écoulement. Au mois de mars 1892, un de ces accès se renouvelle et les parents ne s'en préoccupent pas, ayant déjà vu plusieurs fois pareil fait; mais l'état s'aggravant, on m'appelle le quatrième jour. Je trouve l'enfant dans le coma; il existe un gonflement fluctuant sur l'apophyse mastoïde. J'incise largement la tuméfaction, il s'écoule un peu de pus d'odeur infecte. Avec une curette, je gratte la cavité de l'abcès, je pénètre ainsi dans la cavité cranienne et un flot de pus infect s'en écoule; l'ouverture est élargie et après injection phéniquée, pansement à la gaze iodoformée : légère amélioration; mais l'état infectieux persistant, l'enfant meurt le lendemain matin.

Dans le cours de cette otite purulente, je noterai spécialement les phénomènes intermittents dus à la rétention du pus et en particulier la toux rauque et l'aphonie transitoire.

Observations. — *Abcès du cerveau consécutifs à l'otite moyenne purulente et suivis de guérison.*

1 cas de Morand (1751).
1 — Le Roux (1844), *Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXIX, p. 161.
1 — Schede Truckenbrod (1885), *Arch. of otology*, 1886.
2 — Barcker (1886-1888), *Brit. med. Journ.*, 11 décembre 1886 et vol. I, p. 777, 1888.
1 — Bergmann (1888), *The surgical treat. of Brain deseases...*, 1889, p. 59.
2 — Mac Ewen (1887-1888), *The Lancet*, vol. I, p. 616, 1887; *Brit. med. Journ.*, vol. II, p. 310, 1888.
1 — Horsley-Ferrier (1888), *Brit. m. J.*, vol. I, p. 530 et 636, 1888.
1 — Greenfield (1887), *Brit. m. J.*, n° 1363, p. 317, 1887.
1 — Schwartze (1886), *Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXIX, p. 163.
2 — Pritchard (1890), *Arch. of otology*, n°s 2 et 3, 1890.
1 — Gluck-Baginsky (1891), *Berl. klin. Wochen.*, n° 48, 1891.
1 — Sick (1890), *Deutsche med. Wochens.*, 1890, p. 186.

15

15
1 cas de Hoffmann (1890), *Deutsche med. Wochen.*, 1890, p. 1082.
1 — Truckenbrod (1891), *Arch. of otology*, 1892.
1 — Weyr (1890), *Brit. med. J.*, 6 décembre 1890.
1 — Jansen (1892), *Laryng. otology*, septembre 1892, p. 707.
1 — Watson-Cheyne (1890), *Brit. m. J.*, 1890, p. 231.
1 — Mac Ewen (1889), *Arch. of otology*, 1889.
1 — Picqué (1890), *Ann. des m. de l'or.*, etc., 1890, p. 438.
2 — Arbuthnot-Lane (1890), *Brit. m. J.*, 1890.
1 — Zamiko (1891), *Arch. of otology*, 1891, p. 361.
1 — Terrillon (1893), *Soc. de chir.*, 11 janvier 1893.
1 — Dean (1892), *Lancet*, 30 juillet 1892.
1 — Mendoch (1890), *Ann. of. surgery*, t. XI, p. 8, 1890.
2 — Makins (1891), *Lancet*, 6 juin 1891.
1 — Ransom et Anderson (1892), *Brit. med. J.*, 23 avril 1892.
1 — Rushton-Parker (1802), *Brit. med. J.*, 21 mai 1892.
32

Cas d'abcès du cerveau consécutifs à l'otite moyenne suppurée opérés et suivis de mort.

2 cas de Bergmann (voir au tableau précédent).
1 — Mac Ewen —
1 — Hutton Wright (voir Heimann, *Arch. of otol.*, janvier 1893).
1 — Weir (voir au tableau précédent).
2 — Schwartze —
1 — Picqué (*Ann. des m. de l'or.*, 1890, p. 438).
2 — Gluck (voir au tableau précédent).
2 — Jansen —
1 — Arbuthnot-Lane —
2 — Truckenbrod —
1 — Heimann (*Arch. of otology*, janvier 1893).
2 — Darde (Picqué et Ferrier, *Ann. des m. de l'or.*, 1892).
1 — Hatch (*Lancet*, 1er sem., 1892, p. 628).
1 — Milligan et Hare (*Brit. med. J.*, 1890, p. 231).
1 — Bryden (*Brit. med. J.*, 1890, p. 709).
1 — Polo et Boiffin (*Revue de Laryng. otol.*, 15 janvier 1892).
1 — A. Bergé (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1890).
1 — Boke (*Buda-Pesth*, 13 avril 1889).
1 — Chaix (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1er juin 1890).
1 — Jalland (*Lancet*, 1892).
1 — Hamon du Fougeray (inédite, 1892).
1 — Marsh (*Brit. med. J.*, 1890, p. 1135).
28

A ces 60 cas il faut ajouter 1 cas de Stimson publié dans *N. Y. med. journ.*, 30 mai 1891, et dont l'issue n'est pas mentionnée dans le titre.

Sur ces 61 cas, l'intervention chirurgicale a eu lieu 55 fois avec 32 guérisons et 22 morts et un résultat inconnu, soit une mortalité à peu près de 40 p. 100.

Je ferai remarquer, pour expliquer le chiffre de 55 cas opérés seulement sur ces 61 cas cités dans les deux tableaux précédents, que dans la statistique de MM. Picqué et Février il existe six cas où il est noté qu'il n'y a pas eu d'intervention opératoire.

Ces cas sont ceux de Darde, A. Bergé, Boke, Marsh et un cas de Jansen.

J'ai cru devoir les mentionner cependant pour ne point altérer les statistiques. Mais il existe un nombre plus considérable de cas observés non opérés et reconnus à l'autopsie. En dehors de ceux qui ont été publiés, il est permis de dire que ces cas sont nombreux. Quant à la statistique d'Heimann (de Varsovie), elle ne porte que sur des cas opérés.

Il me reste un mot à dire sur la conduite à tenir vis-à-vis de l'oreille moyenne après les opérations pratiquées sur le cerveau. M. Terrillon, dans sa très intéressante communication, signale qu'après l'opération l'oreille de son malade donne encore de temps en temps quelques gouttes de pus et que malgré les *soins spéciaux* qui lui ont été donnés l'oreille reste toujours malade. Je regrette que la nature de ces *soins spéciaux* ne soit pas ici mentionnée. En ce qui me concerne j'attache une importance capitale au traitement de la caisse du tympan en pareil cas, et j'estime que si les traitements simples ne donnent pas un prompt résultat, il y a lieu de songer à des altérations profondes qui ne pourront être traitées avec succès que par l'ablation des osselets ou par l'opération de Stacké.

Il faut en effet, à tout prix, désinfecter l'oreille moyenne, point de départ des accidents et tant qu'il restera un peu de suppuration, si minime qu'elle soit, le malade ne sera pas à l'abri d'une récidive et ne pourra pas être considéré comme définitivement guéri.

Les complications de l'otite moyenne purulente que je viens de signaler ne sont pas les seules que l'on rencontre. Je ne ferai que mentionner : la tuberculose succédant à l'otite moyenne purulente, signalée d'abord par de Troelsch, puis étudiée depuis la découverte du bacille par Eschle, Nathan, Schwartze et autres ; la carie et la nécrose du rocher avec élimination du limaçon comme on l'a noté plusieurs fois, la sclérose et l'atrophie des os, le cholestéatome, etc.

En résumé, nous dirons que l'intervention chirurgicale peut être nécessaire dans les affections aiguës et dans les affections chroniques de la caisse du tympan.

1° Dans les affections aiguës, la paracentèse hâtive doit être préférée au traitement ordinairement employé. Cette manière de voir a été soutenue avec raison par divers otologistes et en particulier par le Dr Mounier, avec preuves à l'appui.

Les indications classiques de paracentèse sont : 1° le ballonnement excessif de la membrane ; 2° la rougeur du tympan accompagnée de ballonnement ou non, coïncidant avec des douleurs violentes soit spontanées, soit provoquées par la pression au pourtour du pavillon.

S'il est vrai de dire que ce sont là deux indications majeures, il faut ajouter qu'il ne faut pas attendre qu'elles se produisent pour opérer.

Par la paracentèse pratiquée dès le début, même lorsque l'exsudat est à peine formé, on décongestionne la caisse, on la vide d'un produit septique et dans bien des cas il est impossible de prévoir si celui-ci ne se transforme pas dès les premières heures en exsudat purulent. Après évacuation, les bourdonnements et les douleurs diminuent considérablement. Ces faits sont prouvés par l'étude clinique attentive.

2° Dans les affections chroniques, l'intervention chirurgicale est subordonnée aux lésions et à leur gravité.

Dans la sclérose du tympan, l'indication capitale est de libérer l'étrier.

Si on reconnaît que l'étrier est mobile, il faut de préférence pratiquer la désarticulation incudo-stapédienne avec ou sans résection de la longue branche de l'enclume.

Si la membrane tympanique est un obstacle à la transmission du son, il faut la supprimer, quitte à recommencer la myringodectomie si la membrane se reforme plus tard, question encore à l'étude.

Si l'étrier est immobile, il faut tenter la stapédectomie par le procédé de Blake, avec myringodectomie si elle est indiquée.

Ces opérations sont souvent nécessaires ; mais nous considérons comme règle stricte de toujours essayer le traitement classique avant de les proposer. Nous avons vu des cas très graves en apparence s'amender par ce simple traitement et l'audition redevenir relativement bonne.

Dans le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, si l'exsudat peut être évacué, la paracentèse s'impose. Lorsqu'il a subi certaines modifications pathologiques, s'il existe des brides, des rétractions tendineuses, etc., l'opération devra être subordonnée aux lésions ; mais quelle qu'elle soit, elle doit tendre à libérer la chaîne des osselets et à rendre à l'étrier toute sa mobilité.

Dans les cas de suppuration de la caisse, il faut agir suivant les indications.

L'indication capitale est de supprimer l'écoulement et de désinfecter la caisse; dans les cas les plus fréquents, les pansements antiseptiques bien faits suffisent.

S'il existe des granulations ou des tumeurs, il faut les enlever.

Dans les cas chroniques, lorsque l'écoulement ne peut être tari par ces moyens simples, c'est que les lésions sont plus profondes. Il faut enlever alors les grands osselets, ainsi que Schwartze et Sexton l'ont indiqué.

Si l'attique est atteint, le procédé de Stacke doit être préféré.

Enfin, après les opérations diverses portant sur l'apophyse mastoïde ou sur le crâne, il ne faut pas négliger de supprimer la cause même des complications en pratiquant une opération radicale sur la caisse.

Telles sont, sommairement exposées, les grandes lignes qui doivent guider le chirurgien dans les maladies de l'oreille moyenne.

Ces conclusions me paraissent conformes à l'examen clinique des divers cas que l'on peut rencontrer.

Elles me semblent aussi basées sur l'observation d'un grand nombre d'auteurs, ainsi que l'on pourra le remarquer en se reportant à la bibliographie que j'ai annexée à la fin de cette communication. Cette bibliographie comprend les travaux les plus importants parus sur ce sujet depuis une dizaine d'années.

Dans un exposé aussi succinct, il ne saurait être question de discuter chacune des nombreuses opérations dont j'ai dressé le tableau en commençant. Les développements qui seraient nécessaires auraient dépassé à la fois le cadre de cette communication et le but que je me suis proposé. J'ai voulu seulement démontrer que la chirurgie de l'oreille moyenne existait et en tracer les grandes lignes, abstraction faite des cas particuliers. J'ai supposé qu'un diagnostic aussi exact que possible avait été fait et alors j'ai indiqué la conduite à tenir dans les différentes classes des affections du tympan.

On a pu voir que dans beaucoup de cas il existe aujourd'hui des indications précises. Ces indications deviendront encore plus nombreuses à mesure que les moyens de diagnostic se perfectionneront. Ici, comme pour toute autre région du corps humain, il est nécessaire de diagnostiquer d'une manière absolument exacte l'état des lésions; l'opération doit rester subordonnée au diagnostic.

Mais je ne voudrais pas encourir le reproche que l'on fait encore à beaucoup de chirurgiens, de vouloir opérer toujours et quand même.

Je pense que les traitements ordinaires doivent être appliqués au préalable et que ceux-ci donnent dans un grand nombre de cas de très bons résultats. Ce n'est que lorsque leur impuissance a été dûment reconnue ou que des indications bien précises existent que l'on peut, et j'ajouterai que l'on doit, porter l'instrument tranchant dans la caisse.

Quoi qu'il en soit, j'estime que cette revue d'ensemble à l'heure actuelle ne sera pas sans intérêt; et si l'on veut bien remarquer que les affections de l'oreille sont au moins aussi fréquentes sinon plus fréquentes que les maladies des yeux; si l'on songe que dans les écoles plus de 25 p. 100 des enfants ont l'ouïe défectueuse; que plus du quart des réformés à l'armée le sont pour affections de l'oreille, on verra que cette question mérite bien réellement une étude sérieuse de la part des chirurgiens.

BIBLIOGRAPHIE

Miot. — De la myringodectomie, 1877.
— De la ténotomie du muscle tenseur du tympan, 1878.
— Opérations sur l'oreille, *Archiv. of otology*, t. VIII, p. 302.
— Ténotomie du tenseur du tympan, *Archiv. of otology*, t. VIII, p. 197.
Moos. — Extirpation entière du marteau avec un polype s'insérant sur son manche, *Archiv. of otology*, t. IX, p. 286.
— Opérations sur la membrane du tympan, *Archiv. of otology*, t. X, p. 268.
J. Roosa. — Valeur des opérations avec incision de la membrane du tympan, *Archiv. of otology*, t. X, p. 181, 204.
Habermann. — Ténotomie du muscle de l'étrier, *Prager med. Wochenschr.*, n° 44, 1884; *Arch. of otology*, t. XIV, p. 227.
Lucae. — Ablation de la membrane du tympan et des grands osselets dans la sclérose de l'oreille, *Arch. für Ohrenheilkunde*, Bd XXII, p. 233, *Arch. of otology*, t. XV, p. 278.
Bishop. — Opérations sur la caisse du tympan avec 15 cas, *Journ. amer. med. assoc.*, 28 août 1885, *Arch. of otology*, t. XVI, p. 270.
De Rossi. — Paracentèse dans l'otite moyenne, 1886, *Arch. of otology*, t. XVI, p. 52.
Baracz. — Excision de la membrane tympanique et du marteau dans la sclérose du tympan, *Wiener med. Wochen.*, 1887, n°s 10 et 11; *Arch. of otology*, t. XVII, p. 74.
Pomeroy. — Cas montrant les résultats des paracentèses multiples sur la membrane tympanique dans le catarrhe chronique de l'oreille, *N. Y. med. journ.*, Fev. 12, 1887.
Berthold. — Audition sans étrier, *Arch. of otology*, t. XVII, p. 244.
Sexton. — Excision des osselets pour la cure de l'otite moyenne purulente, *Trans. amer. otol. Soc.*, 1887-1888.

Stacké. — Dix cas d'ablation du marteau, *Arch. für Ohrenh.*, vol. XXVI, p. 115.

Berger. — Procédé d'extration des projectiles de petit calibre qui ont pénétré dans la caisse, *Soc. de chirurg.*, 10 octobre 1888.

Clarck. — Perte de la membrane du tympan, du marteau de l'enclume et de l'étrier avec bonne audition, *Arch. of otology*, vol. XVIII, p. 219.

Cholewa. — Sclérose de l'oreille et son traitement par la ténotomie du muscle tenseur du tympan, *Archiv. of otology*, vol. XIX, p. 151.

Sexton. — Opération pour guérir la surdité, les bourdonnements et le vertige dans le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, *Arch. of otology*, vol. XX, p. 95.

Luc. — Guérison de l'otite moyenne suppurée par l'excision du marteau, *Bull. de la Soc. de laryng., otology*, etc., juillet 1890.

Colles. — Traitement de l'otite moyenne suppurée par l'excision des osselets cariés, *Amer. Journ. of med scien.*, may 1891, *Arch. of otology*, t. XXI, p. 200.

Stacké. — Communication sur l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne en détachant le pavillon, *Congrès des natur. allem. à Halle*, 21 et 25 septembre 1891, *Arch. of otology*, t. XXI, p. 219.

Richardson. — Excision de la membrane et des osselets dans la suppuration de l'attique, *Arch. of otology*, vol. XXI, p. 272.

Burnett. — Excision de la membrane tympanique du marteau et de l'enclume dans le traitement de l'otite moyenne catarrhale et purulente, *Journ. amer. assoc.*, 26 septembre 1891.

Luc. — Deux cas de guériron de suppuration chronique de la caisse à la suite de l'excision du marteau. *Arch. intern. de laryng.*, etc., n° 5, 1891.

Schmigelow. — Contribution au traitement des maladies de l'oreille chirurgicales, *Soc. med. de Copenhague*, *Arch. of otology*, vol. XXI. p. 421.

Blake. — Ablation de l'étrier, *Arch. of otology*, vol. XXII, p. 78.

Garrigou-Desarènes. — Du grattage du rocher dans l'otorrhée chronique, *Revue mens. de laryngol*, etc., n° 11, 1892.

Milligan. — Le traitement de la suppuration de l'attique par l'excision de la membrane et des osselets. *Lancet*, 16 janvier 1892, *Arch. of otology*, XXII, p. 105.

Reinhard. — Contribution à l'excision du marteau et de l'enclume, *Arch. f. Ohrenh.*, XXXIII, p. 94; *Arch. of otology*, XXII, p. 105.

Burnett. — Excision de la membrane tympanique et du marteau nécrosé dans le cas de suppuration chronique, *Trans. amer. otol. Soc.*, 1891; *Arch. of otology*, XXII, p. 105.

Stacké. — Communication sur l'opération sur le tympan en détachant le pavillon, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1892, n° 4, *Arch. of otology*, XXII. p. 105.

Mac Keown. — Nouvelle méthode pour maintenir ouverte la perforation du tympan, *Therapeutic Gazette*, 15 avril 1886.

Sexton. — Opération pour la cure radicale de l'otorrhée, *Med. Record*, 20 novembre 1886.

Gomez de la Mata. — Ténotomie du muscle tenseur du tympan, *Gaceta de oftal. otol. y laring.*, åno. I, n° 5, p. 101.

Kretschmann. — Fistules de la partie supérieure du tympan au-dessus de la courte apophyse du marteau, leur pathogénie et leur traitement, *Arch. f. Ohrenh*, 24 novembre 1887.

Boucheron. — La mobilisation de l'étrier et son procédé opératoire, *Acad. des sc.*, 1888.

Cozzolino. — Perforation accidentelle de la fenêtre ronde au moyen du galvano-cautère ayant pour résultat de diminuer une pression labyrinthique excessive, etc., *4e Congrès intern. d'otolog.*, Bruxelles, septembre 1888.

Burnett. — Vertige auriculaire guéri par l'excision de la membrane du tympan et du marteau, *The Polyclinic*, août 1888.

Cumbermatch. — Nouvelle opération pour la surdité consécutive à l'obstruction de la trompe, *Lancet*, 24 novembre 1888.

Wetzel. — De l'excision du tympan et des osselets comme traitement de l'otorrhée chronique, *Inaug. Dissert.*, Halle, 1889.

Burnett. — Excision de la membrane du tympan et du marteau dans un cas de suppuration chronique de l'attique, *23e session annuelle de la Soc. d'otol. americaine.*

Gradenigo. — Diagnostic, pronostic et traitement de la surdité progressive dans l'otite moyenne chronique non purulente, *communication au congrès de Berlin*, août 1890.

Sexton. — Extraction de la M. T. et des osselets dans le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, *Pract. Soc. of N. Y.*, in *N. York Med. rec.*, 22 novembre 1890.

Bryant. — Amélioration de l'ouïe à la suite de l'excision des osselets, *Pract. Soc. of N. Y.*, 6 mars, in *N. Y. med. rec.*, 12 avril 1891.

Colles. — Traitement de l'otite moyenne chronique purulente par l'excision des osselets cariés et l'ablation des obstructions de l'attique, trois observations, *Amer. Jour. of med. sc.*, mai 1891, p. 477.

Burnett. — Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé dans l'otite moyenne purulente chronique, *24e congrès de l'amer. otol. Soc.*, Washington, 22 septembre; *in N. Y. med. rec.*, 26 septembre 1891.

Sexton. — Une opération pour tenter la guérison de la surdité accompagnée de bourdonnements d'oreilles, dus à l'immobilisation des osselets, et d'otorrhée, *Brit. med. journ.*, 11 janvier 1890.

Ludwig. — De la carie et de l'extraction de l'enclume, *Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXX, 4e liv.

Boucheron. — Mobilisation de l'étrier, *Bulletin méd.*, 18 décembre 1889.

Stacké. — Indications pour l'excision du marteau et de l'enclume, *Congrès de Berlin*, août 1890.

Kessel. — Quand doit-on pratiquer la ténotomie antérieure du tenseur du tympan? *Congrès de Berlin*, août 1890; *Arch. f. Ohrenh.*, mars 1891.

Kirchner. — Sur la paracentèse de la membrane du tympan, *Phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 14 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 9 avril 1891.

Poli. — Opérations intra-tympaniques; *Association med. italienne, XIVe congrès, Sienne*, 16 au 21 août 1891.

Sexton et Duane. — Traitement rationnel de la surdité et des écoulements d'oreilles (*Vail. édit.*, N. Y., 1891).

Mounier. — Incision précoce du tympan dans l'otite moyenne aiguë simple, *Ann. des mal. du larynx, de l'oreille*, etc., 1892, p. 758.

Dench. — De l'intervention opératoire dans la diminution de l'ouïe. *Zeits... für. Ohrenh.*, vol. XXII (1 et 2).

Blake. — Opérations sur l'oreille moyenne, *Société d'otol. amer., 25e congrès annuel, New London*, 19 juillet 1892.

Lucal-Vohsen-Stacké-Walter. — Voir : *Société d'otol. allemande*, première réunion, 17 avril 1892, Francfort-sur-le-Mein.

Blake. — Opération de l'extraction de l'étrier, *Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, 1893, p. 40.

Gunert. — Extraction du marteau et de l'enclume. Diagnostic de la carie de l'enclume, *Arch. f. Ohrenh.*, vol. XXXIII, 3 et 4 fasc.

Guérard. — Traitement chirurgical de la surdité consécutive à l'otite moyenne sèche, *Thèse de Paris*, juillet 1892.

Séance du vendredi 7 avril (matin).

Présidence de M. le Professeur TILLAUX.

Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. — Suites immédiates et éloignées de l'opération[1],

Par les Drs F. TERRIER, Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Bichat, et H. HARTMANN, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les 59 observations qui servent de base à cette étude constituent la série complète (jusqu'à fin décembre 1892) des malades chez lesquelles nous avons pratiqué la laparotomie pour des lésions *indiscutablement suppurées*, cas où la présence du pus en foyer a été constatée au cours de l'opération.

I

L'âge de nos malades a varié de 20 à 44 ans, avec un maximum de fréquence de 24 à 26 ans.

Le plus grand nombre avait eu des grossesses à terme, 2 n'avaient fait que des fausses couches, 10 avaient mené d'abord à bien des grossesses, puis avaient fait une ou plusieurs fausses couches; 17 seulement n'avaient jamais été enceintes.

Dans un cas, les lésions suppurées ont semblé succéder à la pose d'un pessaire ou plutôt d'une tige intra-utérine; dans un autre cas, à une dilatation utérine; enfin, dans un troisième cas, l'utérus était bourré de petits fibromes.

II

24 fois la collection suppurée a été bilatérale; 16 fois elle a siégé à droite, 16 fois à gauche; dans un cas la collection intra-péritonéale n'a pu être rattachée à l'un ou à l'autre côté. Sur les 32 cas où la suppuration était unilatérale, 6 fois les annexes du côté opposé étaient *absolument saines*, 26 fois elles étaient malades. De ces 26 cas, 21 fois on a noté l'état exact des lésions : 10 fois il s'agissait de lésions inflammatoires légères, 3 fois d'une hydrosalpingite, 1 fois d'un hématome ovarien, 1 fois d'un kyste

1. Les observations dont nous parlons dans ce mémoire, paraîtront dans les *Annales de gynécologie*.

parovarien, 6 fois de lésions scléreuses graves, résultat probable de suppurations actuellement résorbées.

Quant au siège exact des lésions, il a été précisé 47 fois. Dans 1 cas, il s'agissait d'une suppuration enkystée intra-péritonéale ouverte dans le rectum; dans 42 faits, de foyers manifestement en rapport avec la trompe, dans 3 d'abcès exclusivement ovariens, dans 1 *seul* nous avons constaté l'existence d'une pelvipéritonite à loges suppurées multiples. Ce sont là des lésions bien différentes de la conception subjective des auteurs qui, pour prôner certain traitement des lésions suppurées des annexes, ont donné des descriptions par trop convaincantes [1].

Si maintenant nous allons plus loin et si nous recherchons dans quelle partie de la trompe se développe la collection, nous voyons que c'est le plus souvent dans sa partie externe, que même dans 17 cas il s'agit de *suppuration localisée au pavillon*, soit tubo-ovarienne (7 cas), soit tubo-intestinale (10 cas). Ces dernières, particulièrement intéressantes, ont été constituées 3 fois par des collections intermédiaires au pavillon et à l'anse oméga, 4 fois par des abcès intermédiaires au pavillon, au cæcum et à des anses d'intestin grêle, 3 fois par des abcès localisés entre le pavillon et des anses grêles.

Ces particularités dans le siège exact des lésions méritent d'être relevées; ces 10 cas de foyers en rapport avec l'intestin se trouvaient presque tous au niveau du détroit supérieur, loin de l'utérus par conséquent; ils nous expliquent ce fait, déjà constaté par tous ceux qui ont traité par l'hystérectomie un certain nombre de suppurations des annexes, à savoir la non-ouverture possible d'un foyer. Ils nous montrent aussi que les suppurations péri-utérines peuvent s'ouvrir dans des portions d'intestin plus élevées que le rectum et qu'*évacuation d'un abcès par l'anus n'est pas le moins du monde synonyme d'ouverture d'un abcès dans le rectum.*

Tout en n'ayant pas noté d'une façon toujours précise l'état exact des adhérences des poches suppurées, nous voyons, dans nos observations, que 8 fois elles adhéraient à tous les organes de l'excavation, 21 fois à l'épiploon, 13 fois à l'anse oméga, 12 fois à l'intestin grêle, 10 fois au rectum, 8 fois à l'utérus, 8 fois à un des ligaments larges, 5 fois au fond du cul-de-sac recto-utérin.

Dans un certain nombre de cas, il existait des lésions inflammatoires manifestes des organes voisins, en particulier de l'intestin (épaississement, friabilité, induration cartonnée, et même des

1. Reclus, in *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 1891, p. 193 et 512.

perforations antérieures à l'opération, 8 fois). Dans un cas il y avait même à la fois perforation de l'intestin et de la vessie, si bien que des matières intestinales passaient par la poche suppurée dans la vessie, s'y mélangeant à l'urine et donnant ainsi lieu à la production d'une variété peu connue de fistule intestino-vésicale [1].

III

Nous ne nous étendrons ni sur les précautions antiseptiques que nous avons prises dans nos interventions, ni sur le manuel opératoire.

Les instruments sont stérilisés à l'étuve Poupinel, les fils, crins, compresses et tampons [2] le sont à l'autoclave.

Les mains de l'opérateur sont désinfectées par un nettoyage et un lavage avec du savon simple d'abord, naphtolé ensuite, puis essuyées et frottées avec une compresse stérilisée humide, avant d'être plongées dans l'eau additionnée de sublimé qui servira pendant tout le cours de l'opération. Les instruments sont placés dans des cuvettes plates, semblables à celles dont on se sert en photographie, et immergés dans de l'eau filtrée à travers le filtre Chamberland, puis bouillie. Pendant l'opération, nous abritons l'intestin avec des compresses stérilisées humides.

Nous ne dirons rien de la libération des tumeurs inflammatoires; nous faisons comme tout le monde, travaillant à les décoller principalement avec l'ongle, recourant peut-être plus volontiers que d'autres au bistouri ou aux ciseaux lorsque les adhérences sont fermes et résistantes, ce qui tient à ce que nous opérons sous le *contrôle de la vue* et non pas seulement avec le doigt.

Lorsqu'au cours de l'opération nous trouvons une lésion de l'intestin, déchirure partielle ou complète des tuniques, perfora-

1. La communication de la poche suppurée avec l'intestin n'est pas, on le voit, pour nous, une contre-indication à la laparotomie, comme le croit M. Delbet (*Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891, p. 429) : « Les salpingites en communication avec le rectum rentrent dans la classe des tumeurs non extirpables ». A cette date nous avions déjà opéré 5 malades évacuant du pus par l'anus et une porteuse d'une double communication de la poche avec la vessie et avec l'intestin; de ces 6 malades, 4 avaient guéri sans incident et nous ne possédions cependant pas encore la technique qui, comme on le verra, a notablement amélioré nos résultats. On est étonné après cela de lire que, pour guérir ces abcès, le même auteur a émis l'idée de détourner les matières fécales par un anus temporaire (Delbet, *loc. cit.*, p. 432). On l'est encore plus lorsqu'on songe que la communication avec le tube digestif est quelquefois sur l'intestin grêle.

2. Nous avons depuis longtemps remplacé les éponges par des tampons d'ouate hydrophile inclus dans un nouet de gaze.

tion antérieure, nous cherchons à en faire la suture. Avec une petite aiguille de Reverdin et de la soie fine nous rapprochons les parties, chargeant les tissus suivant le mode de Lembert, et, dans le cas de déchirure complète des tuniques, consolidant notre première ligne de sutures par une deuxième série de fils chargeant les tuniques à distance. C'est là une conduite qui nous semble absolument indiquée dans les cas où la lésion siège sur un segment d'intestin facilement abordable (anses grêles ou anse oméga); on peut encore y recourir, mais avec plus de difficultés et d'une manière moins parfaite, lorsque la perforation siège profondément sur le rectum au fond du cul-de-sac de Douglas. Dans quelques cas complexes, nous avons dû nous contenter d'assurer le drainage des parties voisines de la lésion.

Ce drainage, auquel nous avons eu recours très largement dans 43 cas, est pratiqué avec de gros drains de caoutchouc désinfectés par l'ébullition dans de l'eau additionnée de sublimé. Lors de suintement sanguin persistant malgré la compression temporaire avec des tampons portés sur des pinces ou avec une compresse, nous avons recours à la cautérisation légère des parties avec le thermo et au tamponnement iodoformé fait avec une lanière de gaze, que l'on tasse et dont on laisse sortir l'extrémité par la partie inférieure non réunie de la plaie abdominale.

La durée du drainage a été des plus variables, de 2 jours à 1 mois et demi, en général d'une dizaine de jours.

Toujours nous avons soin de limiter le foyer, mettant en rapport, les unes avec les autres, les parties mises à nu par la décortication et ramenant jusqu'à son niveau l'épiploon, que quelquefois même nous avons fixé par des sutures à la soie et que nous étendons ainsi au devant du paquet intestinal, comme un tablier qui le sépare alors du foyer traumatique. Toujours, en un mot, nous cherchons à isoler le foyer drainé du reste de la cavité abdominale. Le fait de l'écoulement à l'extérieur des matières intestinales, qui s'est plusieurs fois produit dès le quatrième jour, montre bien qu'on arrive ainsi à créer un canal bien limité du foyer à l'extérieur, ce qui s'explique facilement lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle s'agglutinent les surfaces péritonéales.

Nos pédicules ont presque toujours été enserrés dans un double fil entre-croisé en X, puis désinfectés avec une solution de sublimé au millième et enfin touchés au thermocautère. Le même traitement a été appliqué aux moignons épiploïques. Dans quelques cas le fil, bien que nous nous servions toujours de grosse soie, a coupé le pédicule rendu friable par le fait de l'inflammation et nous avons été obligés de le refaire. Plusieurs fois même pour arrêter le sang, nous avons dû laisser, soit sur le pédicule,

soit sur l'utérus, soit sur l'intestin, une pince à pression à demeure. Nous enlevions la pince émergeant par la partie inférieure de l'incision au bout de 48 heures, pratique qui ne nous a paru déterminer aucun accident.

Dans 3 cas, l'appendice iléo-cæcal adhérent, enflammé ou même perforé, a dû être réséqué, les 3 malades ont guéri, deux radicalement, la troisième en conservant une petite fistule pyostercorale.

Une fois les annexes malades enlevées, nous faisons toujours, si nous pouvons ainsi nous exprimer, la toilette du foyer, liant, réséquant et cautérisant les adhérences déchirées qui pendent. Puis après nettoyage des parties à l'aide de tampons trempés dans une solution de sublimé au millième, nous refermons avec ou sans drainage la cavité abdominale.

Pendant toutes ces manœuvres, nous maintenons la malade dans la position élevée du bassin à laquelle l'un de nous, le premier à Paris, croyons-nous, a eu recours dès le mois de décembre 1890, position que nous n'avons pas tardé à employer d'une manière générale dans tous les cas [1].

Faite simplement avec l'ancien lit de Mariaud qui permet une inclinaison de 30 à 35°, cette position facilite déjà notablement l'intervention. En ville, nous avons recours à un appareil très simple, imaginé par M. le D[r] M. Péraire, qui peut se placer sur la première table venue et qui donne des résultats excellents. Nous recourons alors à une inclinaison de 40° à 45°.

Grâce à cette pratique, les intestins, sauf les anses adhérentes, tombent vers le diaphragme et laissent entièrement libre toute l'excavation dès lors facilement accessible non seulement au doigt mais aussi à la vue; c'est là un point sur lequel nous insistons, *il faut dans ces opérations voir et bien voir ce qu'on fait*, c'est la seule façon d'agir méthodiquement, de découvrir et de refermer les déchirures ou perforations de l'intestin, sinon d'une manière définitive, tout au moins pendant un temps suffisant pour être sûr que des adhérences protectrices se seront formées et que le liquide intestinal épanché sera isolé de la grande séreuse péritonéale.

Dans quelques cas, nous avons eu recours, pour mieux explorer le fond de l'excavation, à son éclairage direct par une lampe élec-

1. Une première mention de cette pratique a été faite par M. LABUSQUIÈRE dans le n° du 15 janvier 1891 des *Annales de gynécologie* (De la position élevée du bassin dans la chirurgie abdomino-pelvienne, p. 38). Deux mois plus tard, paraissait dans le *Progrès médical* un travail du D[r] Delagénière (du Mans) qui, un mois avant nous, avait déjà eu recours, le premier en France, à la même pratique (Du plan incliné dans certaines laparotomies; huit cas. *Progrès médical*, 16 et 21 mars 1891, p. 206 et 225).

trique contenue dans une gaine préalablement stérilisée dans la glycérine à 130°.

Grâce à ces précautions on peut, *voyant ce qu'on fait*, protéger efficacement les intestins, désinfecter les parties infectées et s'abstenir par suite de tout lavage abdominal.

Pour refermer l'abdomen, nous faisions au début la suture à un seul plan; ayant observé à la suite de cette pratique quelques cas d'éventration, nous l'avons abandonnée pour recourir, depuis le 12 avril 1890, à la suture à 3 étages (péritoine, muscles et aponévrose, peau) : le premier à la soie fine, le deuxième à la soie moyenne, le troisième au crin de Florence. Afin d'éviter la formation de cavités virtuelles, où le sang pourrait s'épancher, nous avons soin de charger chaque fois au passage le plan sous-jacent déjà réuni, les fils du deuxième étage chargeant la première ligne de suture, les crins cutanés chargeant la suture musculo-aponévrotique. Le premier plan péritonéal de suture est fermé par des fils passant successivement à travers chacune des lèvres en faisant ainsi une série de capitons; le plan musculo-aponévrotique est aussi suturé par des points en capiton, enfin la peau est unie par des points simples, les uns profonds faits avec de gros crins, les autres superficiels avec des crins fins uniquement d'affrontement.

Le pansement consiste en *une compresse stérilisée* sur la ligne de suture, de la gaze iodoformée absorbante au niveau du drain, s'il y en a un, de l'ouate hydrophile stérilisée, de l'ouate ordinaire, le tout maintenu par une ceinture de flanelle fortement serrée.

Quant au traitement consécutif à l'opération, il consiste en grog ou en champagne frappé, auquel très rapidement, dès le deuxième ou le troisième jour, on adjoint du lait et de l'eau de Vichy. La morphine en injections sous-cutanées n'est donnée qu'à petites doses et pour calmer les douleurs. Nous ne cherchons pas à immobiliser les intestins; bien au contraire. A moins de lésion grave de l'intestin, nous donnons au moindre symptôme péritonéal, au moindre météorisme, un laxatif, le prescrivant en cas de vomissements sous la forme de limonade purgative glacée et administrée à doses fractionnées.

Le drain est retiré au bout d'un temps variable, presque immédiatement dès que le suintement sanguin a cessé s'il n'y a pas de phénomènes d'infection ou, au contraire, plus tard, à des époques variables de 48 heures à 1 mois, en général au bout d'une dizaine de jours.

IV

Si nous prenons en bloc nos 59 cas, nous voyons qu'ils nous donnent 7 morts [1], soit une mortalité générale de 11,86 pour cent; mais si nous séparons notre statistique en deux parties, la première comprenant les opérations de 1888, 1889 et 1890, la deuxième les opérations de 1891 et 1892, nous trouvons que tandis que la première série nous donne 5 morts sur 28 cas, soit 17,8 0/0 de mortalité, la deuxième ne nous donne plus que 2 morts pour 31 opérations, soit 5,71 0/0 seulement de mortalité. Cet abaissement de la mortalité nous parait en rapport avec ce fait, que c'est depuis cette époque que nous avons systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de nous borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du fond du bassin. C'est en effet en décembre 1890 que nous avons commencé à employer la position élevée du bassin, élévation incomplète, il est vrai (nous ne la faisions qu'avec notre ancien lit opératoire de Mariaud), mais néanmoins suffisante, pour peu que la malade soit bien endormie et ne fasse pas d'effort, à amener la chute des intestins vers le diaphragme. Cette position, jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin.

Si nous comparons ces chiffres à ceux que donne l'hystérectomie vaginale appliquée aux mêmes cas, nous voyons qu'ils sont bien supérieurs. Ils le sont alors même que l'on fait aux hystérectomistes la partie belle, alors qu'on compare nos résultats dans les cas suppurés aux leurs dans toutes les inflammations péri-utérines, même en y comprenant les hystérectomies pour ovaires scléro-kystiques. M. P. Segond n'accusait-il pas, au dernier congrès international de gynécologie à Bruxelles, une mortalité de 11 morts pour 102 cas, dont 55 seulement étaient suppurés [2], mortalité portant probablement pour la plus grande part sur les 55 derniers cas. En effet, la première statistique publiée par ce chirurgien et contenant le détail des observations nous montre que sur 23 cas, les 4 morts avaient exclusivement porté sur des cas suppurés [3].

Faut-il donc craindre les *résultats éloignés*? Nous avons, dans ce but, recherché ce qu'étaient devenues nos malades; nous

1. Ces malades sont mortes, 5 de péritonite, 1 d'hémorragie continue, 1 de choc.
2. D'après la *Semaine médicale*, 1892, p. 370.
3. *Annales de gynécologie*, Paris, 1891, t. I, p. 161.

n'avons pu les retrouver toutes, mais nous avons été assez heureux pour en revoir le plus grand nombre. C'est armés de 47 cas, suivis à longue échéance, que nous allons les étudier : 43 malades n'ont plus souffert depuis l'opération; 2 souffrent encore bien réellement, 2 ont de petites douleurs de temps à autre : aucune n'est immobilisée; 22 n'ont jamais eu leurs règles; 7 ont des règles régulières, 4 depuis le moment de l'opération, 2 après avoir eu pendant 10 et 11 mois des pertes, 1 après avoir eu deux pertes pendant la première année; 3 ont des règles un peu irrégulières; 3 les voient apparaître à 2 et 3 mois d'intervalle; 2 ont eu des métrorragies qui ont nécessité un curettage secondaire; 1 a des règles plus abondantes que normalement; 1, après être restée un an sans rien voir, a eu des pertes pendant quelques mois, puis perd constamment un peu d'eau rousse; 1 a de petites règles caractérisées par un écoulement d'eau à peine teintée.

Les résultats éloignés de la laparotomie sont donc en somme excellents. Le fait est d'autant plus intéressant que, sur les 47 opérées que nous avons pu suivre, il y en a 7 dont nous avons conservé les annexes d'un côté.

Quelles raisons invoquer dès lors en faveur de l'hystérectomie?

L'éventration? Mais depuis que nous avons substitué à la suture à un seul plan, la suture à étages, c'est-à-dire, depuis le mois d'avril 1890, nous n'avons observé qu'un cas d'éventration. Il s'agissait d'une tousseuse habituelle, qui a eu, dans les jours qui ont suivi l'opération, une poussée de broncho-pneumonie.

L'impossibilité opératoire? Mais nous avons toujours pu opérer et nous croyons pouvoir dire que ce qui n'est pas possible pour un chirurgien l'est pour un autre armé d'une meilleure technique. La preuve en est dans notre dernière observation : dans une première laparotomie, le chirurgien d'un autre hôpital renonça à l'ablation des annexes; cette malade s'est présentée à nous; nous avons incisé de nouveau l'ancienne cicatrice, fait l'ablation des annexes et la malade a guéri.

La nécessité de faire une hystérectomie secondaire? Vraiment nous ne savons comment s'y prennent dans leurs laparotomies les prôneurs de l'hystérectomie pour trouver tant de cas où cette opération devient secondairement nécessaire. *Nous n'avons jamais été obligés d'y recourir* et cependant nous avons retrouvé la majeure partie de nos anciennes opérées (47 sur 52). Dans deux cas seulement une deuxième intervention a été nécessaire, elle a consisté en un simple curettage.

Le seul inconvénient que nous avons constaté est la persistance dans quelques cas, sinon d'une fistule pyostercorale, tout au moins d'une *fistulette stercorale* donnant de temps à autre une

goutte de liquide, encore n'avons-nous pas perdu l'espoir de guérir les malades qui les portent, lorsqu'elles voudront bien, comme deux d'entre elles, rentrer dans le service pour guérir leur petite infirmité, si peu gênante le plus souvent qu'elles ne tiennent pas, pour s'en débarrasser, à se soumettre à un nouveau séjour hospitalier [1].

Ces fistules ne sont du reste pas spéciales à la laparotomie, et elles peuvent s'observer aussi à la suite de l'hytérectomie vaginale qui, de plus, expose les malades aux lésions de la vessie et de l'uretère, lésions qui nous sont inconnues.

Que conclure de tout cela?

Dans les suppurations salpingo-ovariennes, *la laparotomie donne des résultats éloignés parfaits* et comme sa gravité est moindre, comme elle permet, dans un certain nombre de cas, de *conserver sans accident les annexes d'un côté*, elle est bien manifestement supérieure à l'hystérectomie, car nous ne pensons pas que le fait d'éviter une cicatrice abdominale soit un motif suffisant pour permettre à un chirurgien d'augmenter les risques de mort de son opérée.

L'hystérectomie vaginale mérite cependant d'être conservée; elle est indiquée dans les suppurations, d'ailleurs rares, qui occupent, des deux côtés, le tissu cellulaire péri-utérin; elle l'est aussi dans certaines pelvipéritonites à loges multiples, heureusement exceptionnelles (1 cas sur 59).

Nous y avons eu recours 4 fois dans ces deux dernières années; 1 malade qui avait en même temps un fibrome est morte, 2 sont radicalement guéries, 1 après avoir souffert pendant 2 mois 1/2 d'un peu d'élévation de température le soir et d'un écoulement purulent par le vagin a, elle aussi, guéri définitivement.

Pour compléter ce que nous avons à vous dire sur les cas de suppuration péri-utérine qui se sont présentés à nous, nous vous rappellerons que deux fois, en présence de foyers facilement accessibles par le vagin, nous avons eu recours à la *simple incision vaginale de la collection*, qui a suffi pour assurer à ces malades une suppression complète des douleurs, persistant encore aujourd'hui après 18 mois écoulés. Peut-être aurions-nous pu y recourir dans un nombre de cas un peu plus grand; la persistance du maintien de la guérison nous engage à le faire dans l'avenir.

1. Ajoutons que dans 7 cas nous avons observé une fistule stercorale temporaire durant de 3 jours à plusieurs mois, et que dans deux cas nous avons vu une fistule purulente persister 11 et 13 mois, tous ces cas ayant guéri spontanément et définitivement.

Laparotomie pour suppurations pelviennes,

Par le Dr Broca, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

En vous communiquant les observations de suppuration pelvienne que j'ai recueillies, je n'entends pas entrer dans le vif du débat. Tout a été dit, entre laparotomistes et hystérectomistes, avec des succès variés, dans les discussions de la Société de chirurgie, dans le récent débat soulevé devant le Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, dans les articles publiés depuis deux ans par les journaux généraux et spéciaux. D'autre part, avec sa haute compétence en chirurgie abdominale, mon maître, le professeur Terrier, vient d'exposer devant vous les motifs pour lesquels il reste en principe partisan de la laparotomie, même pour les lésions suppurées et bilatérales des annexes; et je ne pourrais que répéter ce qu'il a dit, car c'est exclusivement à son école que s'est faite mon instruction en chirurgie gynécologique, pendant les deux ans et demi où, en qualité de chirurgien du Bureau central, j'ai eu l'honneur d'être son assistant : durant cette période, à plusieurs reprises, j'ai été appelé à le remplacer et c'est de son service que proviennent mes observations.

Ces observations sont au nombre de 9; une seule date de 1890. Toutes les autres sont de 1892 et, par un hasard de série, 6 s'accumulèrent en septembre 1892.

La première est, si l'on veut, peu favorable à la laparotomie : j'ai dû, en effet, me borner à drainer au dehors une vaste poche purulente, après l'avoir marsupialisée dans l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, et si la malade n'a pas conservé de fistule, ses souffrances n'ont pas été supprimées, mais seulement améliorées. Il ne faudrait pas, toutefois, se hâter de conclure que l'hystérectomie vaginale, à opérateur égal, eût donné un meilleur résultat. C'était mon début dans l'extirpation non seulement des salpingites suppurées, mais encore de n'importe quelle salpingite, et jusqu'à cette époque j'avais fait fort peu de laparotomies. Or pour ce début je suis tombé sur un cas particulièrement difficile, sur une poche, probablement tubaire, complètement incluse dans le ligament large. J'ai fait quelques essais de décortication, et je reconnais que je les ai mal commencés, puisque je les ai commencés en dedans, vers la corne utérine. Avec plus d'expérience aurais-je réussi? c'est fort possible. Mais au bout de peu de temps, me rendant compte de ma maladresse, j'ai pris le parti, sage, je pense, de terminer au plus vite, en faisant ce que j'étais sûr de mener opératoirement à bien : l'événement m'a

donné raison, puisque ma malade a guéri, mais il ne serait pas juste d'attribuer à la méthode le demi-échec thérapeutique que j'ai obtenu. Il n'y avait pas là les adhérences intestinales étroites données comme argument contre la laparotomie, et par contre elles existaient chez plusieurs autres de mes opérées ultérieures, qui ont bénéficié d'une cure parfaite.

C'est à ces adhérences, je le reconnais, que je dois probablement le seul décès de ma série. La malade étant morte de péritonite, en effet, l'autopsie a révélé une plaque noirâtre, d'aspect sphacélique, à la jonction du cæcum avec le côlon ascendant, en une région où l'intestin portait la trace d'adhérences rompues. Je n'avais pas prêté une attention suffisante, les adhérences n'ayant nulle part été dures à détacher, à une déchirure de la séreuse et peut-être de la musculeuse; bien mieux, n'ayant à cet égard aucune méfiance, j'avais rabattu l'épiploon au-devant de tout l'intestin, pour bien isoler le petit bassin tamponné à la gaze iodoformée. C'était enfermer le loup dans la bergerie. Instruit par cet échec, je n'ai plus jamais procédé de la sorte. J'examine avec minutie l'intestin après toute libération d'adhérences, je suture immédiatement avec autant de soin, qu'elle soit perforante ou non, toute déchirure même petite, et si je rabats l'épiploon vers le petit bassin, je fais attention à mettre au contact de la mèche iodoformée toutes les anses intestinales suturées ou simplement suspectes. De la sorte, dans 3 cas où j'ai dû suturer l'intestin (et une fois il y avait une vaste déchirure des trois tuniques), les malades ont guéri sans incident, sans fistule stercorale.

De fistule stercorale, je n'en ai eu qu'une seule, et elle résulte certainement d'une faute, dont je me déclare innocent, en toute franchise. Chez cette femme, en effet, l'intestin n'avait pas été malmené, et l'intervention, malgré ses difficultés, avait été terminée en trente-huit minutes, dont six pour la suture; mais je quittai l'hôpital Bichat peu de jours après cette opération, n'ayant retiré qu'une des mèches de gaze iodoformée qui tamponnaient le petit bassin; et l'interne chargé des pansements ultérieurs oublia la seconde. La malade ayant guéri avec une fistule persistante, le trajet fut dilaté, et le 2 février dernier, après quatre mois de séjour, une mèche iodoformée fut extraite, à la grande surprise de tout le monde. Peu de jours après, des débris alimentaires passaient par la fistule; il y avait donc eu ulcération de l'intestin par la mèche, ce qui concorde avec les expériences récentes de MM. Jalaguier et Mauclaire. Je dois ajouter que cette fistule ne dura que quelques jours. Actuellement, quoique la malade soit soumise à l'alimentation ordinaire, elle ne donne plus issue à des matières

intestinales, et elle est réduite à une petite fistule pariétale qui certainement ne tardera pas à guérir.

Les fistules pariétales sont un des arguments parfois donnés contre la laparotomie, et tous les opérateurs en ont eu. Il est impossible, en effet, d'être sûr de l'asepsie des ligatures qui portent sur le pédicule des annexes suppurées, et une fois infectés ces fils sont l'origine de fistules plus ou moins prolongées. Mais ces fistules, même abandonnées à elles-mêmes, finissent par guérir, et j'en donnerai comme exemple la jeune femme de mon obs. IV : pendant six mois elle a porté une fistule, où le stylet s'engageait à 8 centimètres. Mais sa santé était devenue parfaite, et aujourd'hui que l'orifice s'est oblitéré, le résultat final est excellent. De même l'état général et local est excellent chez ma deuxième fistuleuse, et la guérison du trajet ne va sans doute pas tarder, car il y a peu de temps, après dilatation à la laminaire, mon ami Hartmann a extrait du trajet le double fil de soie du pédicule. C'est là une intervention très simple, que l'on peut tenter pour abréger le cure, laquelle, je le répète, est d'ailleurs constante.

Donc, au prix d'un léger ennui, ces deux malades ont bénéficié d'une cure parfaite. Quant aux quatre autres, le résultat a été idéal : ces malades ont guéri par première intention, sans une goutte de pus, l'orifice se fermant en deux ou trois jours après l'ablation du drain, substitué lui-même rapidement à la mèche de gaze iodoformée; sauf le drainage du péritoine, l'évolution a été identique à celle d'une laparotomie pour salpingite simple. Ces malades ont pour la plupart été revues : elles ne souffrent plus, ont un utérus mobile, des culs-de-sac indolents et souples. J'ajouterai qu'elles ont des cicatrices linéaires et sans éventration, comme d'ailleurs toutes mes opérées, revues par moi, de laparotomie sous-ombilicale, quelle que soit la nature de la lésion abordée.

En résumé, ces 9 cas me donnent :

1 décès par péritonite d'origine intestinale;

1 résultat partiel, la poche ayant seulement été drainée;

1 fistule stercorale passagère, due à une faute dans les pansements ultérieurs, que je n'ai pu faire moi même;

6 guérisons parfaites, dont 2 après fistule non stercorale, temporaire.

J'ai toujours opéré dans la position renversée, tête en bas, instruit à cet égard par l'expérience de mon maître M. Terrier.

Comme siège du pus, je note :

Trompe seule, des deux côtés, 3 cas, dont un avec abcès d'un ovaire;

Trompe d'un côté et ovaire de l'autre, 2 cas;

Ovaire seul, 3 cas;
Siège indéterminé, 1 cas.

Les suppurations pelviennes n'ont pas pour siège constant les annexes, mais chacun sait qu'elles peuvent occuper soit le cul-de-sac de Douglas (pelvi-péritonite), soit le tissu conjonctif péri-utérin (périmétrite, phlegmon du ligament large). Or ces suppurations, bien plus rares que les précédentes, sont celles où, à mon sens, la laparotomie n'est pas indiquée.

En septembre 1890, à l'hôpital Tenon, tout à fait à mes débuts, j'ai opéré une femme — dont l'observation ne m'a malheureusement pas été remise — atteinte d'une volumineuse collection fluctuante et suppurée (la douleur et la fièvre le prouvaient) bombant dans le cul-de-sac postérieur. Je l'ai abordée par la laparotomie, et sous l'épiploon et l'intestin adhérents j'ai trouvé une poche purulente dans le cul-de-sac de Douglas, flanquée des deux côtés par les annexes non suppurées. J'ai drainé cette poche, après lavage, avec deux gros drains en caoutchouc, et la malade est morte de péritonite. Cela m'a déterminé, lorsque je me suis trouvé plus tard en face d'un cas analogue, à faire la simple incision de la ligne médiane du vagin : j'ai obtenu ainsi un succès rapide et complet, et quelque temps après j'ai revu la malade en excellent état local et général (obs. X).

Quant aux périmétrites diffuses, où l'utérus baigne de toutes parts dans une véritable éponge purulente, elles constituent l'indication la plus nette à l'hystérectomie vaginale. C'est dans un cas de cette nature, cas à peu près désespéré du reste, que j'ai pratiqué ma seule intervention de ce genre, et sitôt fendue la muqueuse vaginale autour du col, à droite comme à gauche, en avant comme en arrière, j'ai vu s'échapper du pus concret. Chez ma malade, et dans les cas de cette espèce, il doit souvent en être ainsi, l'utérus extraordinairement friable ne vint que par morceaux, j'en laissai certainement des fragments, et certainement aussi il resta dans le péritoine des poches purulentes non ouvertes. Au cours de mon intervention j'avais pu ménager la vessie, mais j'avais ouvert l'intestin. Malgré cette complication, la malade ne mourut pas de l'opération : son état resta exactement ce qu'il était auparavant, elle quitta l'hôpital au bout de huit jours, et elle mourut une quinzaine de jours plus tard (obs. XI).

Observation I. — *Poche suppurée incluse dans le ligament large gauche. — Drainage à la paroi abdominale.*

Durn... Alix, vingt ans, sans profession, entrée le 31 mars 1891 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 25 *bis*.

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement, abondamment pendant trois à quatre jours et toujours avec des douleurs avant et pendant la menstruation; mariée à dix-sept ans; n'a pas de grossesse; pas de modification des règles. Bonne santé habituelle.

Il y a trois semaines, le 13 mars, huit jours après la fin d'une période menstruelle normale comme date et comme évolution, la malade fut prise brusquement d'une douleur très vive au niveau de la fosse iliaque gauche, avec irradiations dans la jambe gauche, et de fièvre avec frissons. Elle s'alita, et presque immédiatement s'aperçut d'un léger écoulement sanguin, qui dura plusieurs jours. Elle fut à ce moment soignée par notre ami le Dr Dalché, qui lui appliqua des sangsues sur le ventre et qui, voyant qu'elle ne s'améliorait pas, l'envoya à l'hôpital Bichat.

Examen le 4 avril. — Rien de particulier à l'inspection du ventre, sauf les piqûres de sangsues. A la percussion, matité de la partie interne de la moitié gauche de la région hypogastrique, de la partie interne de la fosse iliaque correspondante. Là, la palpation révèle l'existence d'une tumeur qui s'arrête supérieurement à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur a des contours arrondis, sa surface est un peu inégale, dure, douloureuse; il est possible de déprimer la paroi abdominale entre elle et le pubis. Cette paroi semble mobile sur la tumeur, qui paraît au contraire fixée dans les parties profondes.

Au toucher, le col a un orifice régulier; un peu mou, il est en situation normale. Sa mobilité est très diminuée dans le sens antéro-postérieur, et abolie dans le sens transversal. Les culs-de-sac sont libres, excepté le gauche, dont la profondeur est diminuée. Par le palper bimanuel, on constate que la tumeur déjà décrite dans l'abdomen arrive au contact de la partie antéro-latérale du vagin, s'avançant aussi un peu en arrière, si bien qu'elle encadre toute la moitié gauche du col. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent imparfaitement au col, mais parfaitement à la tumeur qui l'encadre.

Du côté droit, on ne sent pas les annexes.

Depuis sa maladie, la patiente souffre à la fin de la miction. Constipation habituelle.

Depuis son entrée à l'hôpital, la température oscille entre 37° et 39°.

11 avril. — Je fis une incision médiane, qui me conduisit immédiatement sur une grosse tumeur que j'essayai d'isoler d'abord en dedans, près de la corne utérine : par une petite déchirure je vis sortir quelques gouttes de pus et je plaçai immédiatement sur ce point une éponge montée. Puis j'explorai la tumeur de la vue et du toucher. Elle me parut complètement incluse dans le ligament large gauche et immédiatement je renonçai à son extirpation. Je la ponctionnai donc, je la suturai en bourse à l'incision de la paroi : alors je l'incisai largement et j'y mis un gros drain, non sans quelques inquiétudes sur les accidents que pourrait causer la petite déchirure près de la corne utérine.

Le soir, la malade va assez bien, quoique le facies un peu fatigué; T., 37°,6; P., 108; R., 26.

12 avril. — La malade n'a pas encore rendu de gaz par l'anus; urine avec sonde, quantité, 700 grammes; temp., 38°,2 le matin, 37°,2 le soir;

pouls, 110 et 108; encore des vomissements; pansement, piqûre de morphine, oxygène, champagne.

13 avril. — L'état de la malade est devenu subitement très alarmant, elle a le facies violacé, des battements des ailes du nez. Ascension de la température, 39°,2 le soir et surtout du pouls (150 puls.) et de la respiration (44 par minute); à l'auscultation, on entend des râles sibilants et ronflants répandus dans toute la poitrine; on se trouve donc en présence d'une attaque très grave de broncho-pneumonie; oxygène, piqûres de caféine et d'éther, ventouses sèches mises deux fois par jour.

Le pansement est fait le matin, suintement toujours abondant de couleur roussâtre, le ventre est légèrement ballonné, mais peu douloureux à la pression, sauf du côté gauche. Le soir, fin des vomissements.

14 avril. — Grande amélioration, la dyspnée a diminué.

Température..............	37°,4	et	37°,3
Pouls.....................	130	et	110
Respiration................	32	et	24

Encore de nombreux râles dans la poitrine, crachats rouillés. Dans la matinée, pour la première fois, émission de gaz par l'anus. Urine, 700.

Pansement, même suintement.

15 avril. — Amélioration continue, apparition d'un herpès labial; pansement.

16 avril. — Première garde-robe, urine, 1000; pansement. L'amélioration persiste quoique la température soit montée à 39°.

Pansement. — Diminution légère du calibre du drain, toujours écoulement roussâtre et odeur assez forte.

17 avril. — Température toujours un peu élevée, 38°,8.

Descente au rez-de-chaussée du pavillon.

18 avril. — Température le soir au-dessus de 38°, encore des râles fins sous-crépitants à droite et des crachats rouillés; pansement, le ventre continue à être souple et non douloureux, le suintement est toujours abondant, de couleur roussâtre, il n'y a pas de rétention en arrière du drain. Le soir, la malade qui depuis le lendemain de l'opération urinait seule quoique avec quelques douleurs, est prise de rétention d'urine.

20 avril. — Diminution du drain, ablation de quelques fils.

22 avril — Le suintement diminue et n'a plus d'odeur, la température se rapproche de la normale; passage à la salle commune.

Du *22 au 30 avril.* — La maladie continue à aller assez bien, cependant toujours des oscillations thermiques à maxima le soir, si bien que le 29 la température atteignant 39°, on pratique des lavages de la poche et on augmente le diamètre du drain; au bout d'une dizaine de jours la température redevient normale et pendant les mois de mai et de juin l'amélioration est constamment progressive, l'apyrexie étant parfaite.

28 juin. — Sortie de l'hôpital, cicatrice d'une longueur de 10 centimètres, commençant à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et allant à 3 centimètres du pubis. Drain de petit calibre à la partie inférieure de la cicatrice.

Les culs-de-sac vaginaux ne sont plus douloureux, mais on sent encore en avant et à gauche de l'utérus une tuméfaction assez dure.

La malade ayant quitté Paris, je n'ai pu l'examiner à nouveau, mais mon ami le Dr Dalché m'a envoyé la note suivante sur son état en août 1891. Après sa sortie de l'hôpital, il y a eu par la plaie un écoulement qui a persisté deux mois environ, puis qui s'est définitivement arrêté. Elle n'a plus jamais eu de grandes douleurs abdominales, mais le ventre est resté un peu sensible, et la malade ne peut pas se livrer à des travaux pénibles.

Obs. II. — *Abcès de l'ovaire gauche et de la trompe droite. — Laparotomie. Mort par péritonite d'origine intestinale.*

Dour... Berthe, dix-sept ans, journalière, entrée le 27 avril 1892, salle Chassaignac.

Cette jeune fille est de bonne santé habituelle. Depuis ses règles, qui sont apparues à douze ans, mais irrégulières jusqu'à quatorze ans, elle a de la leucorrhée peu abondante, mais persistante. Les règles durent en moyenne de quatre à cinq jours.

Au commencement d'avril, elle vit ses règles à la date habituelle, mais après un début normal et sans aucune cause connue, au moins d'après le dire de la malade, elles changent brusquement et deviennent très abondantes, avec douleurs abdominales plus vives à gauche, douleurs lombaires, ballonnement et sensibilité de ventre à la pression. La miction reste normale, mais il y a une constipation opiniâtre; les garde-robes sont difficiles et un peu douloureuses. Au bout de deux jours, la ménorragie s'arrête en l'espace de quelques jours. Un médecin a prescrit l'application d'un vésicatoire sur la fosse iliaque gauche et de sangsues aux environs des grandes lèvres. Les douleurs persistèrent malgré ce traitement et malgré trois semaines de repos au lit, et le 27 avril la malade entra à l'hôpital.

Par le toucher et le palper bimanuels on sentait dans les culs-de-sac gauche et postérieur une tumeur volumineuse, dure, rénitente, très douloureuse ; à droite, le cul-de-sac est moins douloureux, mais il est empâté et manque de souplesse. L'utérus est peu mobile, les explorations sont d'ailleurs rendues difficiles par la douleur vive qu'elles provoquent.

La malade fut d'abord soumise jusqu'au 13 mai au repos absolu et aux injections chaudes (sublimé à 1/2000). Pendant cette période les douleurs spontanées s'amendèrent, mais il y avait un état fébrile, qui s'accentua même du 9 au 13 mai (39°, et 39°,5 le soir). L'empâtement diffus diminua à droite, mais la tumeur postéro-gauche restait volumineuse, tendue, très douloureuse à la pression. Urines normales.

Le 13 mai, je fis la laparotomie, avec l'aide de M. Malherbe, interne du service, M. Matton, interne, donnant le choroforme. Une incision partant de 2 centimètres au-dessous de l'ombilie alla jusqu'à la symphyse. Après ouverture du péritoine, je sectionnai entre deux pinces courbes l'épiploon adhérent à la tumeur et à la paroi abdominale en bas et à gauche, je libérai l'S iliaque adhérent derrière lui aux mêmes parties, puis le cæcum adhérent à la partie droite de la tumeur. Cela fait, je refoulai en bas, la malade étant dans la position renversée, le paquet intestinal, bien maintenu par des compresses, et je vis le cul-de-sac de Douglas entièrement rempli.

Je cherchai tout d'abord à passer en arrière, entre la tumeur et le sacrum, et immédiatement mon doigt entra dans une poche qui contenait un pus horriblement fétide. Ce pus s'écoula en abondance, mais la cavité péritonéale et le paquet intestinal étaient bien protégés par des compresses et des tampons montés. Après avoir épongé ce pus et mis un tampon monté sur le trou de la poche, je déchirai peu à peu les adhérences avec l'ongle, et dans le bord supérieur de la masse formée par les annexes gauches, je pus isoler la trompe. Quand je voulus la lier à la corne utérine, elle se coupa net sous le fil, mais rien ne saigna. L'abcès rétro-utérin provient probablement de l'ovaire, dont je n'ai pu trouver trace nulle part ailleurs; je pus extirper sa poche en grande partie, mais non en totalité, et en particulier je dus me contenter d'un curettage vers la face postérieure de l'utérus. La main manœuvrant alors librement dans le bassin presque entièrement vidé de son contenu pathologique, j'isolai et je pédiculisai assez vite les annexes droites; la trompe renfermait du pus et l'ovaire était sclérokystique. Je fis la toilette exacte du cul-de-sac de Douglas, que je tamponnai avec deux mèches de gaze iodoformée, je liai l'épiploon au-dessus de la pince courbe qui l'étreignait et je le rabattis au-devant des intestins, en le fixant par un fil de soie de chaque côté, à gauche à un appendice épiploïque, à droite au pédicule tubo-ovarien, de façon à isoler de mon mieux la cavité pelvienne, dont l'asepsie me paraissait douteuse. Suture en étages; pansement à la gaze iodoformée.

Durée, 1 heure 15 minutes.

Le soir, T., 37°,6; P. 100; R., 24. État satisfaisant.

15 mai. — Matin, T., 38°; P., 120; R., 24. La malade a l'air en assez bon état. Rien d'anormal au pansement, renouvelé pour suintement; ventre souple. Le soir, T., 38°,6; P., 112.

16 mai. — Au milieu de la nuit, l'état s'est brusquement aggravé et actuellement il y a certainement une péritonite suraiguë. Facies grippé, extrémités froides, pouls petit, fréquent (130), haleine fétide, respiration fréquente et superficielle, douleurs abdominales; T., 39°. Le soir, T., 40°,2; P., 150; mort à sept heures du soir.

Autopsie faite le 17 mai 1892 par M. Lieffring, externe du service. — Péritonite suppurée généralisée; dans le petit bassin, pus pouvant à un examen superficiel en imposer pour des matières fécales. Mais il n'y a aucune perforation, et l'intestin, ballonné, ne laisse échapper ni gaz ni liquide. Il existe une plaque de sphacèle des dimensions d'une pièce de cinq francs à la jonction du cæcum et du côlon ascendant; c'est probablement un point d'adhérence, car la séreuse et les tissus paraissen déchiquetés en cet endroit.

Obs. III. — *Hématosalpingite, abcès de l'ovaire droit. — Fistule stercorale temporaire.*

Beh.... Elise, femme Delt..., trente-deux ans, journalière, entrée le 23 septembre 1892, salle Chassaignac, hôpital Bichat.

Depuis son premier accouchement, qui a eu lieu il y a douze ans, la malade a toujours souffert dans la région inguinale gauche; les règles étaient d'ailleurs normales. La malade a eu ensuite une fausse couche,

une couche il y a neuf ans, puis une autre fausse couche, puis il y a six ans, quatre ans, trois ans et deux ans quatre autres couches. Grossesses et accouchements se passèrent tous fort bien, le retour de couches eut toujours lieu au bout de six semaines. Le seul fait anormal était la persistance d'une douleur inguinale gauche.

Le 22 juin, la malade fit une fausse couche de deux mois et dès le lendemain voulut reprendre son travail; mais elle ressentit de telles douleurs abdominales qu'elle dut se mettre au lit. Depuis, elle n'a pas cessé de perdre un liquide sanguinolent et de temps à autre de gros caillots dont l'expulsion détermine des douleurs qu'elle compare à celles de l'accouchement. Le ventre, très ballonné, était le siège de vives douleurs, surtout accusées au niveau de l'hypogastre et des fosses iliaques. Il y eut des nausées, mais jamais de vomissements. Au bout de trois mois, la malade voulut reprendre son travail, mais elle dut s'aliter de nouveau, et enfin le Dr de Lauradour me l'adressa à l'hôpital Bichat. Depuis quinze jours elle perdait des matières blanchâtres, glaireuses, qui avaient fait soupçonner l'ouverture d'une collection dans le vagin.

A son entrée, outre les troubles précédents, on constate de la constipation habituelle, alternant tous les trois ou quatre jours avec des selles diarrhéiques; jamais il n'y a eu de pus dans les selles. La miction est normale; rien dans les urines. Apyrexie actuellement, mais la malade a eu de la fièvre il n'y a pas longtemps encore.

L'examen physique, différé en raison d'une métrorragie, est pratiqué le 5 octobre. A la palpation, le ventre est souple, dépressible, absolument indolore dans toute sa partie supérieure. Dans l'hypogastre et les fosses iliaques, elle ne dénote aucune tumeur, mais provoque de vives douleurs; c'est là, d'ailleurs, qu'existent les douleurs spontanées, lancinantes, vives surtout à droite et irradiées dans les hanches, dans les cuisses.

Au toucher, l'utérus est volumineux. Le col est gros et refoulé en avant. Dans le cul-de-sac postérieur existe une masse arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, très douloureuse à la pression. Cette tumeur se continue dans le cul-de-sac droit, qui est effacé et très douloureux à la pression. Par le palper bimanuel, on constate qu'il existe en arrière et à droite de l'utérus, mobile avec lui, une tumeur grosse comme le poing, arrondie, très douloureuse. A gauche le cul-de-sac est un peu douloureux, mais il est souple et le palper bimanuel ne révèle pas de tumeur.

Le 8 octobre 1892, laparotomie, avec l'aide de M. Touche, interne du service; chloroforme par M. Bourbon. Incision sous-ombilicale; rien n'adhère au péritoine pariétal; pas d'adhérences épiploïques. Mais derrière l'utérus l'intestin est adhérent, le cæcum et deux anses du grêle dans la fosse iliaque droite, l'S iliaque dans la fosse iliaque gauche. Les adhérences de droite sont très courtes, mais assez molles et se laissent bien décoller; celles de gauche sont dures, mais assez longues et peuvent être coupées aux ciseaux. Cela fait, l'intestin, nullement déchiré, peut être rabattu sous des compresses, la malade étant dans la position renversée. Je vois alors nettement une grosse poche remplissant le cul-de-sac de Douglas, à droite; elle n'adhère pas à gauche, et je peux de ce

côté introduire ma main entre elle et la paroi pelvienne. De la sorte je décollai les adhérences, qui étaient totales, mais assez molles, en arrière d'abord et avec précautions du côté du rectum, puis du côté de l'utérus, et à ce moment, la tumeur pouvant être prise dans la paume de la main, du bout des doigts je le décollai de la paroi pelvienne et l'attirai au dehors. Dans ce dernier mouvement elle se rompit et il en sortit des caillots fibrineux et cruoriques. La poche rompue une fois enlevée, je vois une tumeur plus solidement adhérente, occupant le détroit supérieur et le haut de l'excavation; je peux l'amener au dehors sans la rompre et constate que c'est l'ovaire avec la première portion de la trompe. Pédicule tubo-ovarien avec un double fil de soie. La pièce enlevée est constituée par l'ovaire suppuré, gros comme une forte noix; la trompe le contourne d'abord en avant, puis en dehors et en haut, puis en arrière, et à partir de là plonge dans l'excavation. Jusqu'à l'extrémité postérieure de l'ovaire, elle contient du sang mais est un peu dilatée; la partie pelvienne constitue la poche qui a été enlevée la première et contenait du sang. A gauche, j'enlevai sans peine la trompe et l'ovaire sclérokystique, solidement adhérents à la paroi pelvienne.

Comme la cavité où j'avais décortiqué les adhérences saignait en nappe avec assez d'abondance, je fis un tamponnement avec deux mèches de gaze iodoformée. Suture en étages, couverte en haut par une compresse. Gaze iodoformée au-devant de la mèche.

Durée totale, trente-huit minutes, dont six pour la suture.

Le lendemain, la température étant à 37°, le pansement fut renouvelé à cause d'un suintement sanguin abondant; le soir, le pouls monte à 130, mais pour retomber dès le lendemain et devenir définitivement normal le surlendemain. Au quatrième jour, la température n'ayant pas dépassé 37°,6, la malade eut une métrorragie douloureuse. Le sixième jour, purgation. Le septième jour, pansement, ablation des fils de la suture; mèche iodoformée raccourcie. Le soir, température, 38°,3. A partir de ce moment, elle ne dépassa plus 37°,5 et la mèche fut remplacée par un drain le onzième jour (19 octobre).

Le 19 novembre, la malade fut prise de fièvre (38°,4), et à partir de ce moment, pendant six semaines, elle oscilla entre 37° et 38°.

Le 20 novembre, douleurs dans le côté gauche. Par la fistule une bougie s'enfonce à 11 centimètres. L'utérus est pris dans une gangue inflammatoire, qui forme une tumeur plus volumineuse à gauche qu'à droite. Suintement vaginal brunâtre qui daterait de deux à trois jours. Introduction d'un drain plus long.

28 novembre. — Laminaire dans le trajet, le drain n'allait pas au fond de la cavité; 29 novembre, deux laminaires; 30 novembre, un gros drain.

Les jours suivants il ne sort aucun fil; mais la suppuration est abondante.

22 décembre. — Lavages par l'orifice du drain.

28 décembre. — Suppuration toujours aussi abondante, lavage jusqu'au fond de la cavité avec une sonde urétrale n° 20.

2 février. — On extrait avec une pince une mèche de gaze iodoformée à odeur infecte : 4 lanières de 0, 56 de longueur sur 6 à 7 de large.

7 février. — Il sort par la fistule une peau de lentille. Régime lacté, salicylate de bismuth.

21 mars. — Cessation de l'écoulement stercoral.

30 mars. — Il ne reste plus qu'une fistule purulente peu importante. La malade mange depuis quelques jours.

Obs. IV. — *Abcès de l'ovaire gauche. — Laparotomie. — Guérison après fistule non fécale, temporaire.*

Rab... (Marie), vingt-six ans, femme de chambre, entrée le 16 avril 1892, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Réglée à douze ans, régulièrement; pertes blanches dans l'intervalle des époques. Il y a quatre ans, fait une fausse couche de quatre mois à la suite de laquelle, la menstruation restant régulière, la leucorrhée devient plus abondante. Depuis octobre 1891, les règles sont suspendues; en même temps se sont déclarées et peu à peu aggravées des douleurs dans le bas-ventre, principalement à gauche, avec des irradiations dans les reins.

A la palpation, le ventre est douloureux, surtout à gauche. Par le toucher et le palper bimanuel on sent dans le cul-de-sac latéral gauche et en arrière une masse dure, fluctuante, très douloureuse, accolée à l'utérus. Un peu de douleur dans le cul-de-sac latéral droit. Urines normales. Apyrexie.

21 avril : laparotomie dans la position renversée avec l'aide de M. Malherbe, chloroforme par M. Matton. Incision de 10 centimètres environ: en bas l'épiploon adhère au péritoine pariétal. Après l'avoir dégagé et relevé sur une compresse, la masse intestinale non adhérente est refoulée en bas. J'aperçois alors l'utérus et derrière lui, un peu à gauche, une tumeur grosse comme un œuf, adhérente au petit bassin. Ces adhérences sont assez péniblement détachées, avec l'ongle, et pendant ces manœuvres la poche rétro-utérine se rompit; le pus, qui s'échappa en abondance, fut aussitôt épongé avec des tampons et des compresses; puis la poche, saisie avec des pinces à kyste, fut attirée et peu à peu libérée. C'était l'ovaire transformé en un vaste abcès et surmonté par la trompe grosse comme le petit doigt mais non suppurée. A droite, je trouvai la trompe du même volume et l'ovaire sclérokystique, tous deux adhérents. Pédiculisation régulière; pédicules touchés au thermo-cautère. Toilette du petit bassin, qui est drainé avec un gros drain en coutchouc fixé à l'angle inférieur de l'incision. Suture en étages; pansement iodoformé. Durée, une heure vingt minutes.

Suites. — Pendant les premiers jours, il y eut un peu de fièvre, la température montant le soir à 38° et même les sixième, septième et huitième jours à 38°,6 et 38°,8 et le pouls ayant atteint le premier matin 128, pour retomber aussitôt, il est vrai. Le pansement fut renouvelé le premier jour à cause du suintement abondant; puis, à cause de la fièvre vespérale, il fut fait tous les jours du quatrième au dixième jour, sans que jamais un signe local défectueux fût constaté, sauf un écoulement léger de pus par le drain. Le onzième jour, la température était à 37° et comme

elle y restait le quatorzième jour, la suppuration étant à peu près nulle, je raccourcis le drain : dès le soir la température montait à 38°,8 et de même les deux soirs suivants; le septième jour je remis donc un drain long, et la température retomba immédiatement à la normale, pour n'en plus bouger. A partir du 22 mai, je raccourcis le drain, le 2 juin je le retirai, et le 10 juin la malade sortit, avec une fistulette suintant à peine dans l'angle inférieur de la plaie.

Pendant les mois de juin et juillet, la malade est venue se faire panser une fois par semaine, au lint boriqué, puis elle est partie pour la campagne, où elle s'est pansée elle-même. Là, la suppuration n'a pas tardé à augmenter, et deux fistules se sont ouvertes sur la cicatrice, pour donner issue à des fils de soie.

Le 19 septembre, la malade revient se faire panser à l'hôpital. Les deux fistules supérieures sont superficielles; l'inférieure, qui correspond au drain, laisse entrer un stylet à 8 centimètres. Cicatrice de 9 centimètres, allant du pubis à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. État général excellent, indolence parfaite, absence de tout écoulement vaginal, la malade travaille sans souffrances à la machine à coudre. Au toucher, l'utérus est en antéflexion, mobile, indolent. De chaque côté il est flanqué d'une petite tuméfaction, celle de droite étant un peu sensible à la pression.

Après quelques pansements réguliers, la suppuration des fistules s'est rapidement améliorée. A la fin d'octobre, elle était à peu près nulle, et en outre le toucher prouvait qu'aucun des pédicules n'était gros ni douloureux. A la fin de décembre, la malade a cessé de venir se faire panser, et à sa dernière visite, la cicatrisation était parfaite.

Le 15 mars, la cicatrisation se maintient. Santé excellente.

Obs. V. — *Abcès des deux trompes.* — *Laparotomie.* — *Déchirure de l'intestin.* — *Guérison après fistule non stercorale.*

Sim..., Léonie, femme H., vingt-sept ans, cuisinière, entrée le 20 septembre 1892, à la salle Chassaignac, venant d'un service de médecine.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-trois ans, alcoolique; mère bien portante; 7 frères et sœurs dont 2 morts en bas âge, 2 de fièvre typhoïde, 1 sœur malade de bronchite.

Antécédents personnels. — Enfance assez chétive, mais sans maladie déterminée.

Réglée à quatorze ans et demi, sans douleurs; d'abord irrégulièrement à trois ou quatre mois d'intervalle. A seize ans, les époques deviennent plus régulières; elles durent cinq à sept jours, sans rien d'anormal; peu de pertes blanches.

Mariée à dix-huit ans. Très peu de temps après, elle commence à souffrir dans le ventre, mais elle n'accuse aucun signe apparent de blennorragie aiguë. Elle n'a jamais été enceinte, n'a jamais eu de métrorragies.

Depuis l'âge de vingt ans, les règles sont très douloureuses; douleurs hypogastriques et lombaires. Peu de leucorrhée. Depuis deux ans les troubles se sont aggravés.

Le 3 août 1892, les règles s'arrêtent subitement, puis trois jours après

commence une métrorragie qui dure pendant trois semaines, avec douleurs très vives, si bien que la malade entre à l'hôpital Bichat, le 24 août, dans le service de M. le Dr Huchard, suppléé par M. Hip. Martin. Elle y est restée jusqu'au 20 septembre, soumise sans grand résultat au traitement par la révulsion. Sa température, pendant ce temps, se maintint d'abord, après deux jours de fièvre (38° et 39°,2), aux environs de 37°,5; puis elle s'éleva à partir du 5 septembre, avec des accès irréguliers dont un, le 15 septembre, atteignit même 40°. Dans ces conditions, et les douleurs étant à peu près continues, la malade fut envoyée dans le service de chirurgie.

Le 20 septembre 1892, le palper abdominal était très douloureux à gauche. Le toucher montrait l'utérus immobilisé en antéversion, et toute impulsion qu'on cherchait à lui communiquer était extrêmement douloureuse. Le cul-de-sac droit était libre et indolent, mais le gauche et le postérieur étaient effacés, empâtés, très douloureux, remplis par une tumeur très nette au palper bimanuel et grosse comme le poing.

La métrorragie a cessé, mais les douleurs sont toujours vives.

Au cœur existe un roulement présystolique, indice d'un léger rétrécissement mitral. Les sommets des poumons sont un peu douteux, mais sans rien de bien net. Urines normales. Température, 37°,8.

La malade fut mise d'abord au repos absolu avec injections chaudes (sublimé à 1/2000).

Le 28 septembre, les douleurs spontanées ont disparu, et le palper est bien moins douloureux. La température a oscillé entre 37° et 37°,6. Au toucher, les signes sont restés les mêmes, avec moins de douleur et d'empâtement cependant. L'utérus est toujours immobilisé.

Le 27 septembre, laparotomie avec l'aide de M. Magdelaine. Incision allant de l'ombilic au pubis. Le petit bassin est rempli par une masse confuse à laquelle adhèrent plusieurs anses d'intestin grêle. En les libérant, je fais 4 déchirures étendues, dont deux ouvrent la muqueuse; je les suture immédiatement à la soie fine en faisant deux plans (muqueux, et point de Lembert sur la séreuse) aux déchirures pénétrantes. L'intestin est alors retiré du petit bassin et en grande partie éviscéré au milieu de compresses aseptiques, et je vois assez nettement : 1° la trompe droite, contournée sur elle-même, située au-dessus de l'ovaire qui est dans le cul-de-sac de Douglas; 2° la trompe gauche, située en avant de l'utérus, l'ovaire étant en arrière. A droite, la trompe seule adhérait au bassin et fut libérée assez facilement; l'ovaire, simplement polykystique, n'adhérait pas. La masse des annexes put être de ce côté pédiculisée et excisée sans avoir été rompue. La trompe était pleine de pus. A gauche, en décortiquant la trompe, je la rompis, et de plus elle vint seule, sans l'ovaire, après déchirure du ligament large et du péritoine inguinal. L'ovaire était absolument adhérent à l'S iliaque, au rectum, à la paroi pelvienne, à la face postérieure de l'utérus; comme il n'était pas suppuré et comme je vis que j'aurais beaucoup de peine à l'extirper, je le laissai en place. Je suturai d'un surjet à la soie le péritoine inguinal, je liai une artériole dans le ligament large, dont je suturai la déchirure avec plusieurs points en capiton; je mis deux mèches de gaze iodoformée

dans le petit bassin, et je rabattis contre elles les anses intestinales suturées; suture en étages. Pansement avec une compresse aseptique; en bas, gaze iodoformée au-devant des mèches.

Durée, une heure et demie.

Suites. — Le 29, soir, T., 36°; P., 96; R., 24.

Le 30, suintement forçant à renouveler le pansement, ventre souple et indolent; T., 36°,8; P., 116; R., 20. Le soir, T., 38°,2; P., 124; R., 20.

Le 1er octobre, matin et soir, T., 37°; P., 112.

Le 2 octobre, T. m., 37°; s., 37°,6. Suintement; pansement. A rendu des gaz par l'anus.

A partir de ce moment, apyrexie parfaite.

Le 8 octobre, ablation d'une mèche; il y a un peu de pus. Ablation des fils de suture.

Le 15 octobre, la seconde mèche est remplacée par un drain.

Le drain, qui a été peu à peu raccourci et mis de calibre plus faible, a donné issue à du pus en très faible quantité, et la malade est partie avec une fistulette.

Cette fistule a été pansée dans le service environ une fois par semaine.

Le 2 février dernier, la malade étant d'ailleurs en bon état, ne souffrant plus et pouvant travailler, est rentrée dans le service. Sa fistule, qui laissait pénétrer un stylet à 8 centimètres, a été dilatée à la laminaire; le double fil du pédicule gauche a été extrait, le 8 février.

Obs. VI. — *Suppuration bilatérale des annexes. — Laparotomie. — Déchirure de l'intestin. — Guérison par première intention.*

Vér... Amélie, femme Mar..., vingt-six ans, ménagère, entrée le 20 septembre 1892, salle Chassaignac, n° 24, hôpital Bichat.

Son père est mort à soixante-trois ans, d'une bronchite chronique; sa mère est bien portante; elle a sept frères et sœurs, dont un est mort de pneumonie. Bonne santé habituelle, pas de maladies de l'enfance.

Les règles se sont établies à dix-huit ans, sans douleurs, assez régulières, sauf une tendance à des retards de quelques jours, peu abondantes; pas de pertes blanches. La malade s'est mariée à dix-neuf ans et demi et a eu trois grossesses, toutes trois normales et terminées par des accouchements normaux, à vingt et un ans, vingt-trois ans, vingt-quatre ans et demi. Après la première elle eut un peu de fièvre au troisième jour, se releva le neuvième et allaita son enfant malgré quelques crevasses au sein; de cette couche il lui resta des pertes blanches. Les deux dernières couches ont été apyrétiques; allaitement du dernier enfant mais non du deuxième.

Il y a sept mois, après la cessation de l'allaitement qui avait duré pendant huit mois, les règles sont revenues, assez régulières, avec des retards de trois à quatre jours pourtant, indolentes, peu abondantes; il y avait des pertes blanches modérées, mais continues.

Il y a trois mois surviennent de la fatigue, de l'anorexie, des douleurs lombaires; plus tard des douleurs abdominales sans localisation fixe. Il y a deux mois les règles, qui en général durent cinq jours, se sont brusquement arrêtées le troisième jour, après quoi les douleurs se sont loca-

lisés vers le bas-ventre, avec des malaises, des tiraillements lombaires, et la malade compare cet état aux débuts de ses grossesses antérieures. Il y a trois semaines, enfin, les règles arrivèrent, en avance de quatre jours, durèrent huit jours, très abondantes, s'accompagnant de douleurs très vives, égales des deux côtés du ventre. Depuis, ces douleurs se sont établies d'une manière continue, semblant prédominer à droite, et elles sont devenues telles que le 20 septembre la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Au toucher, je constatai que le col regardait un peu en arrière et à gauche; les culs-de-sac latéraux étaient remplis par une tumeur, le gauche surtout, où il y avait une tuméfaction douloureuse, fluctuante au palper bimanuel. L'utérus est assez mobile.

Le 30 septembre, mêmes signes, mais la fluctuation semble plus nette à gauche et en arrière. Urines normales. Apyrexie depuis que la malade est à l'hôpital.

Le 1er octobre, je fis la laparotomie, avec l'aide de M. Touche, interne du service, M. Kaminer, externe, donnant le chloroforme. La malade étant mise dans la position renversée, je fis une incision médiane sous-ombilicale et, après avoir dégagé quelques adhérences peu importantes à l'épiploon, à une anse d'intestin prête et à l'anse oméga, je pus aisément refouler en bas le paquet intestinal que mon aide maintint sous des compresses aseptiques. Je vis alors les annexes gauches, la trompe, volumineuse, se contournant au-dessus de l'ovaire, adhérent à la paroi pelvienne et à la face postérieure de l'utérus. Cette trompe adhérait à l'S iliaque : en décortiquant ces adhérences, je la rompis et du pus s'écoula, mais le péritoine était bien protégé par des compresses.

Après avoir sectionné le pédicule tubo-ovarien au-dessus d'une double ligature en chaîne à la soie, j'eus plus de place pour aborder les annexes droites, beaucoup plus adhérentes. La trompe, suppurée mais pas très grosse, adhérait à l'intestin grêle, sur une anse duquel je fis deux longues déchirures, limitées à la musculeuse, à une dizaine de centimètres l'une de l'autre; je les suturai immédiatement, mettant sur chacune une quinzaine de points de Lembert, à la soie fine. Une fois la trompe dégagée, je l'isolai et l'incisai, puis je m'occupai de l'ovaire adhérent à la paroi pelvienne, à l'utérus, au rectum; pendant sa libération il se rompit et du pus inodore s'en échappa; il put enfin être amené au dehors, sans déchirure du rectum. Comme du côté opposé je pus établir un pédicule régulier, je fis une toilette complète du cul-de-sac de Douglas avec des tampons montés, je touchai les pédicules au thermo-cautère, je tamponnai le péritoine pelvien avec trois mèches de gaze iodoformée, en rabattant contre elles mes deux sutures intestinales et l'épiploon. Suture en étages de la paroi; compresse aseptique sur la suture, gaze iodoformée chiffonnée en bas.

Durée de l'opération : une heure.

Le soir, T., 36°,8; P., 82; R., 20.

2 matin, T., 37°; P., 88; R., 24. Vomissements. Le pansement, imprégné de suintement sanguinolent, est renouvelé. Le soir, T., 37°,2; P., 96; R., 20. Urines, 500 grammes.

3 matin, T., 37°,4; P., 96; R., 20. Gaz par l'anus.

A partir de ce moment, la température n'a pas dépassé 37°,2. Pansement le 11 octobre, où les fils sont enlevés, sauf les trois inférieurs qui furent coupés le 13 octobre. Purgation le 14 octobre. Mèche raccourcie à partir du 13 octobre, puis remplacée le 21 par un petit drain. Il ne s'est pas écoulé une goutte de pus, mais seulement de la sérosité citrine et le 18 novembre la malade quittait l'hôpital entièrement guérie, sans fistule, sans éventration, sans douleurs, sans pertes. La cicatrice, longue de 9 cm., commence à 4 cm. de l'ombilic et s'arrête à 3 cm. du pubis.

Je signalerai, le soir du 22 octobre, une élévation de température à 38°,3, avec vomissement, sans cause connue.

J'ai eu le 15 mars des nouvelles de mon opérée. Elle se porte aussi bien que possible.

Obs. VII. — *Suppuration des deux trompes. — Laparotomie. — Guérison par première intention.*

Alf... Adelaïde, femme R..., entrée le 2 octobre 1892, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents héréditaires nuls.

Sauf les accidents du côté des organes génitaux, antécédents personnels nuls.

A dix-huit ans, la malade fut atteinte de pelvipéritonite, caractérisée par des crises de douleurs abdominales et des vomissements; elle dut garder le lit pendant une vingtaine de jours; elle ne peut dire si à cette époque elle eut de la fièvre. Depuis ce moment, elle a toujours souffert au moment de ses règles, éprouvant la sensation d'une tuméfaction abdominale et des tiraillements dans les reins. Les douleurs ont leur maximum au-dessus de l'arcade crurale gauche.

Depuis une dizaine d'années, les règles sont abondantes, durent 8 ou 9 jours, et presque toujours la malade perd de gros caillots. Jamais de couche ni de fausse couche. Constipation habituelle (selle tous les trois ou quatre jours), miction normale.

Il y a trois semaines, en se levant de table, la malade ressentit une très vive douleur au côté gauche de l'abdomen, et elle vomit les aliments qu'elle venait d'ingérer. Elle prit le lit, et son médecin, le Dr de Lauradour, la soigna par un vésicatoire et des pointes de feu sur l'hypogastre et des applications de glace sur l'abdomen. Les douleurs étaient vives et la température vespérale oscillait entre 38° et 39°. Au bout d'une dizaine de jours les symptômes se calmèrent mais ne cessèrent pas. C'est dans ces conditions que M. de Lauradour me pria de venir examiner la malade. A ce moment la fièvre était tombée, mais les douleurs encore vives confinaient la malade au lit.

Par le toucher, je trouvai le col utérin gros, un peu ramolli, légèrement entr'ouvert; le cul-de-sac latéral droit était souple et dépressible et là la main qui refoulait la paroi abdominale rejoignait l'index vaginal sans interposition aucune de tumeur; cette exploration n'était nullement douloureuse. Le cul-de-sac gauche, au contraire, est effacé par une tuméfaction notable, la pression simple sur l'abdomen est douloureuse au-dessus de

l'arcade crurale et le palper bimanuel éveille des souffrances telles que l'on ne peut apprécier exactement les dimensions de la tumeur qui sépare les deux mains. Cette tumeur se prolonge en arrière de l'utérus dont elle est nettement séparée par un sillon. Urines normales.

Dans ces conditions je diagnostiquai une salpingite suppurée et fis entrer la malade à l'hôpital Bichat, où le 6 octobre je pratiquai la laparotomie, avec l'aide de M. Touche, M. Bourbon donnant le chloroforme.

Incision médiane sous-ombilicale, la malade étant dans la position renversée. L'épiploon n'adhère pas et est refoulé en bas. Derrière lui apparaît la tumeur qui adhère à gauche à l'S iliaque, au milieu à l'intestin grêle, à droite au cæcum et à l'appendice. Mais ces adhérences, qui datent probablement de la poussée récente, se décollent assez facilement, sans déchirure de l'intestin. Cela fait et l'intestin refoulé sous des compresses que mon aide applique de la pointe des doigts contre le promontoire, je décolle les adhérences de la tumeur avec l'utérus, le rectum, la paroi pelvienne, en introduisant ma main entre cette tumeur et la paroi droite, libre, du bassin. Au dernier moment la poche se rompit, et un pus inodore s'en échappa, et je terminai par une pédiculisation régulière. Cette tumeur est formée par la trompe. L'ovaire n'est pas suppuré. Cela fait, je passai aux annexes droites que je trouvai non point dans le cul-de-sac de Douglas, libre de ce côté, mais contre le détroit supérieur, la trompe un peu distendue, au-dessus de l'ovaire sclérokystique. La poche tubaire ici encore fut rompue pendant sa libération et du pus inodore s'en échappa. Pédiculisation régulière. Toilette du cul-de-sac de Douglas avec des tampons et des compresses; pédicules touchés au thermo-cautère, tamponnement avec deux mèches de gaze iodoformée. Suture en étages, couverte d'une compresse aseptique; gaze iodoformée en avant des mèches.

Durée, 50 minutes.

Les suites furent des plus simples. Le soir des deuxième et troisième jours, la température monta à 38°,2 et 38°, le pouls à 100, la respiration à 28. Tout le reste du temps, température entre 36 et 37°; le reste à l'avenant. En raison du suintement, le pansement dut être renouvelé le deuxième jour. Ablation des fils et d'une mèche le huitième jour; raccourcissement de la deuxième mèche le onzième jour; remplacement de la mèche au treizième jour par un drain qui est enlevé le vingt-deuxième jour, sans avoir jamais donné issue qu'à de la sérosité citrine; et le 6 novembre, la malade rentrait chez elle entièrement guérie, sans fistule.

Obs. VIII. — *Abcès de l'ovaire ouvert auparavant dans le rectum. — Laparotomie. — Déchirure du rectum. — Guérison par première intention.*

Cas..., Joséphine, femme Tr., trente-trois ans, ménagère, entrée le 3 septembre 1892, salle Chassaignac, hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires nuls.

Rougeole à huit ans; fièvre typhoïde à onze ans.

Réglée à douze ans, toujours bien, sans douleurs ni pertes blanches; mariée à vingt-huit ans, sans aucun trouble utérin jusqu'en mai dernier. A cette époque, elle fit, sans motif apparent, une fausse couche de quatre

mois, pour laquelle elle fut soignée à l'hôpital Lariboisière. Le cordon s'étant rompu, la délivrance ne fut pas faite; au sixième jour, grand frisson et 41° de température. On fit alors une délivrance artificielle; deux jours après, douleurs vives dans le côté gauche. Au bout de quatre semaines, elle rentra chez elle, et là fut bientôt prise de douleurs vives dans tout le côté gauche du ventre, dans la jambe gauche et pendant la défécation, si bien que huit jours après sa sortie, trois semaines après l'accouchement, le 27 juin, elle entra pour une première fois à l'hôpital Bichat, où elle resta jusqu'au 27 juillet.

A ce moment, elle était fébricitante, allant tous les soirs à 38°, 39°, et même 39°,6 et elle offrait tous les signes d'une collection purulente située à gauche et bombant vers le rectum, où elle s'ouvrit le 7 juillet. A partir de ce moment la fièvre diminua, puis tomba définitivement le 13 juin, date à partir de laquelle l'écoulement rectal, très abondant d'abord, cessa. Le 24 juillet, les règles arrivèrent, amenant du soulagement, et le 27 la malade sortait, ne souffrant plus.

Mais un mois après les douleurs reparaissaient, et le 2 septembre la malade entrait de nouveau à l'hôpital.

A l'examen local, le cul-de-sac droit est à peu près normal : par le toucher bimanuel, toutefois, on y sent les annexes, légèrement sensibles à la pression. A gauche, au contraire, il existe une tumeur volumineuse, adhérente à l'utérus, dont elle est séparée par un léger sillon, immobile, fixée à la paroi pelvienne et au rectum, dure. L'utérus est en antéversion et refoulé à droite.

Apyrexie; rien aux autres organes. Urines normales. Alcoolisme.

Laparotomie dans la position renversée le 14 septembre 1891, avec l'aide de M. Magdelaine, interne du service. A droite, salpingite non suppurée, adhérente, avec ovaire kystique volumineux. Après ablation de ces annexes, j'eus plus de jour pour attaquer celles de gauche. Là, je vis d'abord la trompe, adhérente, mais non suppurée, que je libérai assez facilement de quelques adhérences à l'S iliaque. Cela fait, je constatai que le cul-de-sac de Douglas était rempli de ce côté par une tumeur adhérente elle aussi à l'S iliaque. Après libération, assez laborieuse, cet intestin fut rabattu en bas et maintenu par des compresses. Puis je décortiquai peu à peu la poche qui vint enfin sans avoir été rompue, mais portait contre sa paroi un assez grand fragment de la tunique musculeuse du rectum. Les adhérences à l'utérus et à la paroi pelvienne ne saignent presque pas.

Pédiculisation régulière de la trompe et de ce volumineux ovaire suppuré; pédicule touché au thermo-cautère; suture à la soie de la déchirure, non pénétrante, de l'extrémité supérieure du rectum; tamponnement avec deux mèches de gaze iodoformée; suture en étages protégée par une compresse aseptique; gaze iodoformée au-devant de la mèche.

Le soir, T., 36°,4; P., 80; R., 32.

14 matin, T., 38°,1 ; P., 128; R., 32. Suintement assez abondant, ventre un peu sensible. Pansement renouvelé. Le soir, T., 38°,1 ; P., 136; R., 34.

15 matin, T., 38°,4; P., 120. Pansement renouvelé. Le soir, T., 37°,1 ; P., 136; R., 34.

16 matin, T., 38°,4; P., 120. Pansement; pas de suintement, ventre indolent, ablation d'une mèche.

A partir de ce moment, chute du pouls et de la température qui à partir du 18 n'a plus dépassé 37°,5. Purgation le 21 septembre. La mèche a été raccourcie le 19 septembre, puis remplacée le 22 par un petit drain, enlevé lui-même le 29, sans avoir jamais livré passage qu'à de la sérosité citrine.

Le 8 octobre, *exeat*, sans fistule. Le 15 octobre, la malade est revue. Elle a repris ses occupations habituelles, ne souffre pas, n'a aucun écoulement vaginal. L'utérus est mobile, indolent. Culs-de-sac souples et indolents. Pas d'éventration. Cicatrice de 12 centimètres, à 1 cent. 1/2 au-dessous de l'ombilic et 1 centimètre au-dessus du pubis.

Revue le 23 mars. Cicatrice régulière, sans éventration; ventre souple, partout indolent, utérus mobile, rien dans le cul-de-sac, pas d'écoulement vaginal. La malade a eu ses règles régulièrement, pendant 3 jours par mois. Elle a considérablement engraissé et se porte aussi bien que possible.

Obs. IX. — *Abcès de la trompe droite et de l'ovaire gauche. — Laparotomie. — Guérison par première intention.*

Mich..., Louise, vingt-cinq ans, couturière, entrée le 19 août 1892. hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents héréditaires nuls. Père, frère et sœur bien portants; mère morte d'étranglement herniaire.

Enfance maladive; bronchites fréquentes, variole à neuf ans, rougeole à dix ans.

Réglée à douze ans, de manière normale, époques régulières, indolentes. abondantes; pertes blanches abondantes. A treize ans, accidents abdominaux qui durèrent trois mois et furent caractérisés par des douleurs, sans modification des règles; à dix-sept ans, grossesse terminée par un accouchement normal, mais à la suite duquel la malade dut garder le lit pendant trois mois, avec des pertes blanches et des douleurs de ventre. Depuis, les règles ont conservé leur caractère d'indolence, de régularité et d'abondance. A vingt ans et à vingt-trois ans, poussées de péritonite ayant nécessité trois semaines de lit; et depuis la menstruation, tout en restant régulière, s'accompagne quelquefois de douleurs dans le côté droit du ventre.

Il y a huit jours, trois jours après la fin de ses règles, la malade étant assise veut se lever et ressent brusquement une vive douleur dans le bas-ventre, à droite. Elle est obligée de prendre le lit et, les accidents ne s'améliorant pas par le simple repos, elle entre à l'hôpital le 19 août.

L'examen physique, pratiqué le 20 août, est rendu difficile par la souffrance vive qu'il provoque à droite. La simple palpation permet de sentir de ce côté une tuméfaction latérale et en lui associant le toucher vaginal on se rend encore mieux compte qu'il existe une tumeur juxta-utérine, remontant dans la fosse iliaque droite. A gauche, le cul-de-sac vaginal est plus effacé que le droit et douloureux à la pression. La tuméfaction s'étend au cul-de-sac postérieur. L'utérus est immobilisé au milieu de

ces tumeurs qui font corps avec lui, le col est dévié à droite et le corps à gauche ; le col est dur, exulcéré, déchiré à gauche.

La malade est soumise au repos et aux injections chaudes (sublimé à 1/2000). Les jours suivants elle a des exacerbations vespérales de température presque tous les jours, montant à 38° et même à 38°, 6. Après six jours d'apyrexie, elle monta à 39° le 3 septembre au soir, un nouvel examen local ayant été pratiqué le matin.

Cet examen montra que la tuméfaction perçue à droite par le palper avait disparu, et à sa place on sentait nettement, en déprimant la paroi abdominale. le fond de l'utérus dévié à droite. Au toucher, la tuméfaction de droite a beaucoup diminué, et de ce côté on sent une tumeur grosse comme un petit œuf, très rapprochée de l'utérus et encore très douloureuse au toucher. A gauche, la masse est restée volumineuse, accolée à l'utérus et remplissant le cul-de-sac postérieur. L'utérus est toujours immobilisé.

Le 5 septembre, je fis la laparotomie médiane sous-ombilicale, la malade étant dans la position renversée. Je libérai assez aisément les adhérences à l'épiploon et à l'S iliaque, et cela fait je refoulai en bas le paquet intestinal que mon aide, M. Magdelaine, maintint exactement avec des compresses aseptiques. J'eus alors sous les yeux l'utérus situé en avant et à droite, le cul-de-sac de Douglas étant rempli par une masse adhérant de toute part. Après avoir agrandi l'incision jusqu'à l'ombilic, je commençai la libération à gauche, en insinuant progressivement ma main entre le bassin et la face postérieure de la tumeur; puis je pus passer de même entre elle et la face postérieure de l'utérus, décollant peu à peu les adhérences du bout des ongles et des doigts. Au moment où j'amenais la poche au dehors, elle se rompit; j'épongeai immédiatement le pus, puis j'entourai de compresses le pédicule que je dégageai de ses dernières adhérences, que j'étreignis dans une ligature enchaînée, et qu'enfin après section je touchai au thermo-cautère : j'avais entre les mains une salpingite non suppurée contournée au-dessus d'un abcès de l'ovaire, gros comme une mandarine. A droite, la tumeur était moins grosse; je la libérai de la même façon et pus l'amener au dehors sans rupture; la trompe, friable, se déchira près de la corne utérine, mais il n'en sortit pas de pus. Pédiculisation comme de coutume. De ce côté il s'agissait d'un ovaire polykystique gros comme une pomme d'api, surmonté d'une trompe pleine de pus. Je réséquai le bout adhérent de l'épiploon, je mis un drain du cul-de-sac de Douglas à l'angle inférieur de la plaie, je fis la suture en étages, puis un pansement à la gaze iodoformée.

Durée de l'opération, quarante minutes.

Les suites furent des plus simples; si, le surlendemain, le pouls monta à 136, la température ne dépassa jamais 37°, 5. Le suintement dut faire renouveler le pansement au deuxième et au quatrième jour; au huitième jour, j'enlevai les fils profonds et je mis un drain plus petit. Ce drain, par lequel il ne s'écoula que de la sérosité citrine, fut raccourci les quinzième et dix-neuvième jours, enlevé le vingt-quatrième, et le vingt-sixième il n'y avait plus de fistule. Le 6 octobre, la malade quittait l'hôpital sans fistule ni éventration, avec une cicatrice longue de 10 cent. 1/2, allant de l'ombilic à 4 centimètres au-dessus du pubis.

Obs. X. — *Pelvipéritonite. — Incision vaginale. — Guérison.*

Vaur..., Victoire, f. G., trente-neuf ans, entrée le 16 janvier 1892, salle Chassaignac, n° 29.

Cette femme a été réglée à douze ans et demi; époques régulières, durant quatre à cinq jours. Leucorrhée constante.

Il y a cinq ans, sans cause déterminée, douleurs vives dans le côté droit, qui ont forcé la malade à garder le lit pendant un mois; le médecin qui la soignait ne lui a parlé que de métrite, mais il y a eu sans doute une poussée de salpingite ou de pelvipéritonite. A cette époque, constipation opiniâtre. Depuis, la malade souffre fréquemment, surtout lorsqu'elle se fatigue, ou avant ses règles, et de temps à autre elle est obligée de s'aliter pendant quelques jours.

Le 31 décembre 1891, elle a eu ses règles et dès leur début a ressenti dans le côté droit de violentes douleurs, qui ont duré un jour, puis se sont calmées, pour reparaître le 4 janvier, dernier jour des règles. A ce moment sont survenus des vomissements, des élancements, de l'anorexie, de la fièvre, une constipation opiniâtre, et le 10 janvier la malade a dû s'aliter définitivement. A cette date se déclare une douleur très aiguë dans la fosse iliaque droite, puis une douleur sourde dans tout l'hypogastre, avec irradiation dans la cuisse droite.

La malade arrive à l'hôpital le 16 janvier, dans la nuit, prétendant n'avoir rendu ni selles ni gaz depuis le 10 janvier. Hier soir sont apparus les vomissements, jaunâtres, très fétides. Son médecin lui a ordonné ce matin de l'huile de ricin qu'elle a vomi, puis lui a fait un lavage de l'estomac, et l'a enfin envoyée à l'hôpital comme atteinte « d'étranglement interne avec vomissements fécaloïdes depuis ce matin ».

En présence de ces symptômes, mais en ayant sur l'utilité d'une laparotomie immédiate quelques doutes suscités par l'examen local, M. Aldibert, interne du service, m'envoya chercher d'urgence.

Je trouvai une malade agitée, accusant de vives douleurs abdominales. Son ventre était ballonné, surtout à la région ombilicale et dans la fosse iliaque droite, où l'on constatait la distension du cæcum; par contre les régions des côlons tranverses, descendant et iliaque sont plutôt affaissées. Tout l'abdomen est sonore; on n'y trouve à la palpation ni tumeur ni empâtement, mais dans la fosse iliaque droite la pression est douloureuse.

Au toucher vaginal, le col est appliqué contre le pubis, abaissé et immobilisé, les culs-de-sac sont effacés et douloureux, le postérieur surtout, où bombe une tumeur volumineuse, arrondie, régulière, rénitente, qui remplit toute l'excavation. Cette tumeur est retrouvée par le palper bimanuel, à l'hypogastre, à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse, et on constate ainsi qu'elle est fluctuante; elle ne gagne pas vers les fosses iliaques. Au toucher rectal on la sentait également, comprimant le rectum à bout de doigt. Mais mon index parvint à passer entre la tumeur et le rectum, et quand je le ramenai il fut suivi de l'évacuation d'un peu de liquide fécal. Température, 38°, 4. Pouls, 96. Respiration fréquente, état général assez bon.

Dans ces conditions, je diagnostiquai une suppuration rétro-utérine;

et je prescrivis d'évacuer l'intestin en faisant passer une sonde œsophagienne au-dessus de l'obstacle rectal et de calmer les douleurs avec de l'opium.

Le lendemain matin, en effet, on avait obtenu ainsi une selle, les douleurs étaient calmées.

Les jours suivants, la température resta élevée, entre 38° et 39°, le soir surtout, et il a été nécessaire de combattre la constipation par des purgatifs répétés. Pendant ce temps, la tumeur rétro-utérine devenait de moins en moins douloureuse à la pression, mais bombait de plus en plus dans le rectum. Il y avait encore de temps à autre des crises de coliques.

Le 26 janvier, la poche étant franchement fluctuante, je l'incisai, avec l'aide de MM. Aldibert et Guillemain, internes du service. Après avoir mis un écarteur sur la paroi vaginale antérieure, je fis sur la paroi postérieure, à partir du col utérin, une incision médiane par laquelle s'écoula une grande quantité de pus horriblement fétide. Après lavage de la poche (sublimé à 1,2000), j'y mis un drain gros et long, fixé aux lèvres de l'incision par un point de suture.

Immédiatement, la fièvre tomba, les coliques cessèrent définitivement. Pendant les quatre premiers jours il fut fait par le drain des lavages au sublimé. Puis le fil qui fixait le drain coupa, et le drain tomba. Il fut remplacé par une mèche de gaze iodoformée, supprimée au bout de quinze jours. L'écoulement purulent avait été jusque-là à peu près nul. Il ne tarda pas à se tarir et le 26 février la malade quittait l'hôpital, sans trace de fistule.

Elle revint le 28 mars, en excellent état. Au toucher vaginal, vagin et culs-de-sac absolument souples; d'aucun côté on ne sent rien d'anormal aux annexes. Le col est un peu gros, mais l'orifice n'est pas dilaté. L'utérus, parfaitement mobile et indolent, est en rétroflexion.

J'ai revu la malade vers le mois d'août, la guérison se maintenant parfaitement. Elle continue à prendre des injections chaudes (sublimé à 1/2000).

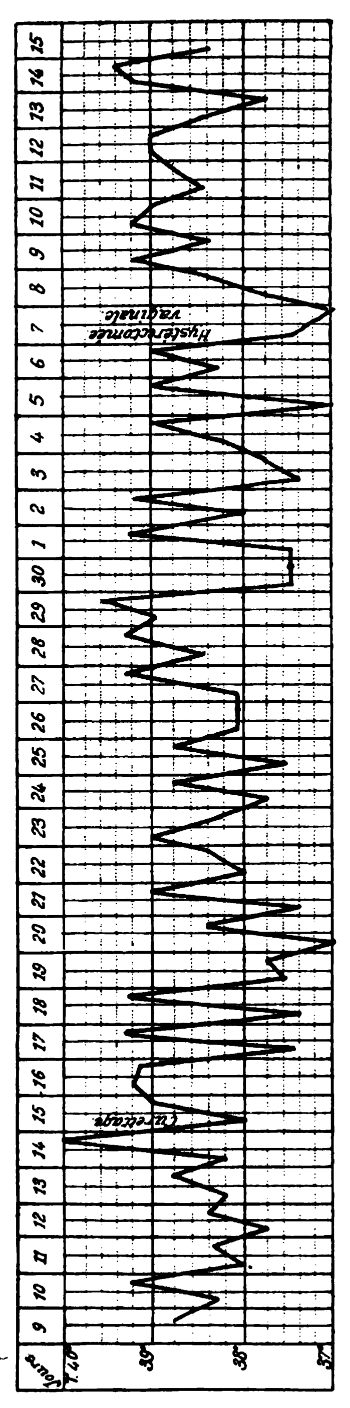
Obs. XI. — *Périmétrite puerpérale diffuse subaiguë. — Hystérectomie vaginale. — Résultat nul. — Mort par continuation de la lésion.*

Ang..., Elise, f. B., trente-cinq ans, entrée le 9 septembre 1892, hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer du sein à soixante-trois ans. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Réglée à quinze ans, normalement à tous égards; pas de leucorrhée. Mariée à vingt-cinq ans et si à partir de ce moment les règles sont devenues plus abondantes, il ne s'est pas déclaré de pertes blanches. La malade a eu 7 grossesses, dont voici le détail : la première a été normale et s'est terminée par un accouchement difficile, au forceps, sans fièvre consécutive; les 2e, 3e, 4e, ont abouti à des accouchements pénibles. En 1889 et 1890, deux accouchements avant terme, provoqués l'un par un effort violent, l'autre par une émotion vive (un de ses enfants a



été écrasé dans la rue); pas de fièvre à la suite, pas de modification des règles, ni leucorrhée, ni douleurs.

Le début des accidents remonte au 7e accouchement, qui a été fait par une sage-femme, le 3 août 1892. Trois jours après s'est déclarée la fièvre, avec chaleur, sueurs, frissons et écoulement abondant de pus par le vagin, le traitement a consisté en 3 injections vaginales par jour. Le vingt-cinquième jour, la fièvre et l'écoulement purulent persistant, se déclare une tumeur non douloureuse dans le côté gauche du ventre, et finalement le 9 septembre, trente-sixième jour de l'accouchement, la malade entre à l'hôpital.

Actuellement, la malade est en proie à une fièvre élevée, et son teint est terreux. Elle se plaint de douleurs, par crises d'ailleurs, dans le bas-ventre, de pertes purulentes inodores, mais très abondantes, et d'une tumeur dans le côté gauche du ventre. Au palper, en effet, on trouve cette tumeur, qui remplit et dépasse la fosse iliaque gauche, arrondie, assez nettement limitée, formant un plastron empâté derrière la paroi abdominale. Le palper n'est pas très douloureux. Le toucher, au contraire, provoque une vive douleur. Le col est entr'ouvert, déchiqueté, dévié à droite; les mouvements qu'on lui communique sont transmis à la tumeur. Les culs-de-sac gauche et postérieur sont effacés et douloureux. Le palper bimanuel permet de saisir à partir de là une tumeur inflammatoire qui remonte jusqu'à la ligne ilio-ombilicale.

Les jours suivants, malgré les injections chaudes au sublimé à 1/2000, l'écoulement purulent resta très abondant, si bien qu'on pouvait presque croire à l'existence d'une poche se vidant par le vagin, et la fièvre oscilla entre 38° et 39°. Le 14 septembre, même, elle monta à 40°, et le lendemain, 15 septembre, je fis le curettage et le

drainage de la cavité utérine; il fut inutile de dilater le col à la laminaire; la cavité utérine était énorme. Je vérifiai sous le chloroforme l'absence de toute fistule vaginale. Le résultat fut nul, en bien ou en mal, et si le 19 septembre, à la suite d'un lavage intra-utérin, nous avons obtenu trente-six heures d'apyrexie, la fièvre ne tarda pas à revenir, identique à ce qu'elle était auparavant.

Le 17 septembre, j'avais, après le lavage intra-utérin, pratiqué avec mon collègue et ami Hartmann un nouvel examen. Au palper, la tumeur était plus volumineuse que lors de l'entrée, le cul-de-sac postérieur présentait une tuméfaction qui occupait une hauteur de 5 à 6 centimètres sur la cloison recto-vaginale et l'utérus était complètement immobilisé.

Le 6 octobre, la fièvre restant toujours la même, la malade était pâle, un peu jaune, ne mangeait que quelques potages, était constipée mais urinait bien, avait la langue sèche. Son état général périclitait peu à peu. L'écoulement purulent était moins abondant. Mais au palper bimanuel il était évident que la tumeur péri-utérine augmentait dans la fosse iliaque gauche (submatité, et constatation d'une tumeur empâtée, remontant jusqu'à hauteur de l'ombilic). Au toucher, on trouvait au fond du vagin, à bout de doigt, le col déchiqueté et regardant en avant; tous les culs-de-sac vaginaux sont effacés et douloureux, même l'antérieur et le droit; sauf le droit, ils sont douloureux à la pression. En arrière, l'empâtement de la cloison recto-vaginale a augmenté. Par le palper bimanuel, on sent une fluctuation, obscure d'ailleurs, entre le cul-de-sac latéral gauche et la tumeur de la fosse iliaque.

Le 7 novembre, je fis l'hystérectomie vaginale, avec l'aide de M. Hartmann. L'incision tout autour du col fut d'abord assez difficile, parce que l'utérus était absolument immobilisé en haut du vagin et que je n'avais presque pas de prise sur les restes très friables du col. En commençant à décoller ces incisions, je donnai issue à un pus peu abondant, épais, ressemblant à du lait caillé, inodore, d'abord en avant et à droite de l'utérus, ensuite en arrière. La partie sus-vaginale fut alors prise dans des pinces, de grands écarteurs étant enfoncés en avant et en arrière, les deux commissures furent débridées, et la partie inférieure de l'utérus fut enlevée par morceaux. Il fut ensuite très difficile d'atteindre, à bout de doigt, le fond de l'utérus. A gauche, je mis sur le ligament large une pince droite, puis à la corne utérine une pince courbe; à droite une pince droite, longue, et j'enlevai encore par morcellement une partie de l'utérus. Mais dans tout cela, sauf le pus concret trouvé dans les culs-de-sac vaginaux, je n'avais rencontré qu'une infiltration diffuse, sans poches purulentes. Il restait en arrière et en haut une masse dure, confuse, qui n'étaient certainement pas le rectum et était située au-dessous de la pince courbe placée à la corne utérine gauche. Elle fut incisée, étant prise au fond de la plaie pour une poche purulente, ou pour le corps utérin rétrofléchi, et la muqueuse intestinale apparut; c'était presque certainement une anse de l'intestin grêle, ainsi que cela fut d'ailleurs vérifié par l'examen histologique pratiqué par M. Lieffring sur un petit fragment. Je m'arrêtai à ce moment, mettant un drain dans l'intestin et tamponnant le vagin à la gaze iodoformée. L'hémor-

ragie avait été à peu près nulle. L'opération avait duré environ une heure.

Les suites furent nulles, en bien comme en mal; au troisième jour. des matières fécales sortirent par le vagin, mais l'état fébrile resta exactement ce qu'il était avant l'opération, avec oscillations irrégulières entre 38° et 39°. Il n'y eut pas de retentissement péritonéal. C'est dans ces conditions que, sur la volonté formelle de son mari, la malade fut transportée chez elle le 15 octobre. Là il paraît qu'elle sembla aller un peu mieux pendant quelques jours, mais les accidents ne tardèrent pas à reprendre leur cours et elle succomba à la fin d'octobre.

Sur le traitement des suppurations pelviennes et les indications des différentes méthodes opératoires,

Par le Dr Boiffin (de Nantes)
Professeur suppléant à l'École de médecine.

L'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes est maintenant pourvue de plusieurs méthodes opératoires dont la valeur relative est très discutée, mais l'une d'elles, plus récente, est appliquée d'une façon systématique et presque exclusive par quelques chirurgiens.

D'abord, pour apprécier justement cette valeur, il est indispensable de séparer absolument les suppurations du petit bassin des autres affections simplement inflammatoires des annexes de l'utérus dont les lésions anatomiques sont essentiellement différentes, et dont la gravité n'a rien de comparable au point de vue thérapeutique. Il ne faut donc pas sous le titre spécial de « suppurations pelviennes » faire entrer dans la discussion toutes espèces d'altérations des annexes autant pour grossir les statistiques, que pour les améliorer : cela ne peut que fausser le jugement.

Il ne sera question ici que de lésions caractérisées par la présence du pus.

Nous prenons le titre compréhensif de *suppurations pelviennes* et non celui de salpingites suppurées, parce que le siège anatomique des collections purulentes du petit bassin est variable, parce que leurs rapports avec les organes voisins sont différents, et c'est ce qui, à notre avis, domine toute la thérapeutique.

C'est dire déjà suffisamment qu'un seul mode opératoire ne saurait convenir à toutes les suppurations pelviennes et que c'est un abus excessif que de conclure de la présence du pus à une

intervention toujours la même, répondant à tous les cas, même quand ces lésions sont bilatérales.

Mais ce qui se dégage bien nettement de l'étude anatomo-pathologique de ces lésions, c'est que, dans la grande majorité des cas, ce sont les trompes qui sont le siège de ces collections, et forment des poches à parois isolables, énucléables, dont l'ablation complète, totale, doit être le but de l'intervention.

La disposition que l'on trouve le plus ordinairement, quand les lésions ne sont pas trop anciennes et ne se sont pas étendues aux organes voisins eux-mêmes, c'est une poche à parois épaisses, résistantes, allongée entre la corne utérine et la paroi interne du pelvis sur laquelle le pavillon de la trompe s'est soudé par ses bords comme une sorte de ventouse appliquée sur la paroi pelvienne. La décortication se fait d'une façon plus ou moins laborieuse en haut, en arrière, en avant, mais presque toujours la poche est ouverte au moment où les doigts cherchent à passer en dehors entre le pavillon et la paroi pelvienne, là où la paroi tubaire fait défaut.

Le contact de ce liquide purulent avec le péritoine du petit bassin constituerait-il toujours un danger grave, menaçant? L'expérience a montré maintes fois déjà que l'innocuité de ce liquide est complète, car non seulement il n'y a pas de réaction péritonéale, ce qui pourrait expliquer les modifications antérieures du péritoine, mais la plaie de la laparotomie présente les meilleures conditions d'inoculation et cependant la réunion immédiate se fait très régulièrement : ces faits maintenant nombreux n'ont-ils pas toute la valeur de véritables expériences? Et dans les cas extrêmement rares où l'infection péritonéale a amené la mort, ne faut-il pas plutôt incriminer une asepsie insuffisante, et le chirurgien ne doit-il pas d'abord chercher dans un défaut de sa technique opératoire l'explication de ces faits?

La salpingite suppurée, telle est la lésion que le clinicien rencontre le plus fréquemment.

Mais ce n'est pas la seule localisation des foyers de suppuration du petit bassin, et par ailleurs la marche, l'extension de l'inflammation, la participation des organes voisins peuvent modifier complètement la physionomie des lésions primitives, et des complications secondaires peuvent prendre une importance absolument dominante dans le choix de l'intervention.

En effet le phlegmon du ligament large existe, bien qu'il ait été laissé un peu trop dans l'ombre quand la salpingite accapara toute l'attention du chirurgien il y a quelques années à peine. Les suppurations plus ou moins diffuses, envahissant le tissu cellulaire des ligaments larges, s'observent encore aujourd'hui sous l'in-

fluence de causes traumatiques septiques, surtout après l'accouchement et l'avortement; et l'on peut admettre pour ces suppurations la pénétration dans les lymphatiques des streptocoques et des staphylocoques, tandis que la salpingite semble bien due à la propagation de muqueuse à muqueuse. Il faut cependant reconnaître que ce phlegmon du ligament large, ordinairement à marche aiguë, mais quelquefois aussi à allures plus ou moins lentes, et même chroniques, diminuent de fréquence à mesure que la génération actuelle des accoucheurs se modifie et subit l'influence bienfaisante des doctrines de l'antisepsie et surtout de l'asepsie.

Cette variété de suppurations pelviennes répond à une constitution toute différente des foyers purulents; ce n'est plus une poche isolable, énucléable, dont on peut façonner le pédicule du côté de l'utérus, c'est un phlegmon qui diffuse dans le tissu cellulaire intra-ligamentaire, soulevant le péritoine pelvien et venant se mettre le plus souvent en rapport avec la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, quelquefois avec un cul-de-sac vaginal; ce foyer purulent n'a donc pas de parois propres recouvertes d'une muqueuse qu'il serait important de faire disparaître; une fois le pus évacué au dehors, les parois de ce foyer vont bourgeonner en se débarrassant des parties sphacélées, et ces surfaces vont s'accoler, se souder, obturant la cavité et ne laissant que des modifications dans la mobilité et l'élasticité des ligaments larges. L'effort chirurgical devra donc se borner à donner issue à cette collection purulente, sans rien chercher à enlever, à détruire si cela n'est pas absolument nécessaire pour assurer l'écoulement du liquide, et l'ouverture simple donne les meilleurs résultats, même dans certains cas de bilatéralité des lésions : nous en donnons ici une observation.

A côté de ces phlegmons du ligament large, existent encore d'autres collections occupant un siège différent, mais dont la constitution est analogue : ce sont des abcès développés dans la cavité péritonéale, dans le cul-de-sac de Douglas le plus souvent, quelquefois haut situés, loin de l'utérus, et formant une cavité limitée par les adhérences des organes voisins. Ces abcès quelquefois très volumineux viennent faire saillie ordinairement dans le cul-de-sac postérieur du vagin; il ne saurait être question pour eux d'une intervention grave, du moins immédiate, leur simple évacuation étant parfois suffisante.

Ces différentes lésions primitivement localisées, salpingites suppurées, phlegmons du ligament large, abcès péritonéaux, à foyers unique ou multiples, ont un caractère commun quand leur évolution est abandonnée à elle-même, c'est l'envahissement, et la transformation du tissu cellulaire et du péritoine pelvien, ce sont

les lésions successives atteignant les différents organes du petit bassin. Quel que soit le siège primitif de la lésion, le foyer purulent tend à s'ouvrir, à se frayer un passage, que ce soit vers la paroi abdominale, vers l'un des culs-de-sac vaginaux ou bien vers un organe voisin tel que le rectum, l'intestin grêle, la vessie ou l'utérus.

Les altérations si complexes et si multiples qui résultent de cet effort de la nature sont assez rares à la vérité, mais elles existent et constituent un type clinique de suppurations pelviennes absolument à part : il ne s'agit plus d'une poche plus ou moins facile à décortiquer, à pédiculer, non plus que d'une collection mal limitée mais facile à évacuer et à drainer. Ces suppurations anciennes ont diffusé par des poussées de pelvi-péritonite dans tout le bassin, dont les organes sont intimement soudés les uns aux autres; ces suppurations ont déterminé des altérations profondes dans la structure des parois de ces organes, des fistules ont déversé le contenu des foyers dans l'une de ces cavités naturelles voisines et la rupture des adhérences menace d'ouvrir celles-ci. Le chirurgien trouve là des désordres tels que, quelle que soit son intervention, elle sera grave par le fait même de la gravité des lésions et de l'état général. Mais est-ce à dire qu'il y a là l'indication formelle d'une méthode opératoire unique et toujours la même? Assurément non, et l'examen de la malade donnera au chirurgien non prévenu et sans parti pris des indications le plus souvent assez nettes et précises, selon le siège plus ou moins élevé des masses inflammatoires, selon leur évolution du côté de l'abdomen ou du côté du vagin.

Ces considérations anatomo-pathologiques sont d'une importance capitale au point de vue du débat sur les indications des différentes méthodes opératoires, et c'est en me basant sur ces considérations que j'ai rejeté l'emploi systématique de l'une de ces méthodes à l'exclusion des autres, que les lésions soient bilatérales, qu'elles soient anciennes et complexes; et dans 14 cas, j'ai mis en œuvre tantôt l'incision simple des collections purulentes dans 2 cas, tantôt la laparotomie dans 9 cas pour faire l'ablation des poches tubaires ou des ovaires suppurés, tantôt enfin dans 3 cas l'hystérectomie vaginale : ces 14 interventions m'ont donné 12 guérisons et 2 morts.

Ainsi l'examen clinique des malades m'a déterminé à pratiquer sur le plus grand nombre la laparotomie, et je puis dire de suite que dans ces interventions j'ai pu le plus souvent vérifier les données anatomo-pathologiques que j'ai étudiées rapidement au commencement de ce travail; j'ai trouvé des poches salpingiennes plus ou moins difficiles à décortiquer, à énucléer, mais ce

but a été atteint dans 7 cas presque tous très graves, et dans les deux autres j'ai dû me contenter de faire, comme dans l'hystérectomie vaginale, l'ouverture de toutes les collections purulentes et de les drainer, tant la fusion de leurs parois était intime avec les organes voisins. Dans 6 cas j'ai fait le drainage par la partie inférieure de la plaie abdominale, et dans l'un d'eux où les désordres du petit bassin étaient très étendus après l'ablation des annexes des deux côtés, je fis passer l'extrémité inférieure du gros tube de caoutchouc à travers le cul-de-sac de Douglas dans le vagin, l'autre extrémité ressortant au-dessus du pubis.

Des 3 cas où je ne fis pas de drainage, l'un était très simple et la guérison se fit sans encombre, tandis que les deux autres me fournirent les deux décès. Dans l'un il n'y eut pas d'infection, la malade mourut au bout de huit jours avec des phénomènes d'obstruction intestinale et à l'autopsie on trouva un volvulus siégeant sur le côlon ascendant; l'autre mort est due à une déchirure de l'intestin que j'avais suturée dans le cul-de-sac de Douglas, le cinquième jour l'épanchement stercoral dans le péritoine détermina une septicémie rapide; ce dernier échec est donc dû à une mauvaise technique opératoire et non à la méthode; si j'avais drainé à la gaze iodoformée derrière cet intestin rompu dans le cul-de-sac péritonéal, il se serait produit une fistule stercorale qui se serait obturée spontanément. C'est ce qui s'est passé dans le neuvième cas, où après avoir ouvert deux grandes collections purulentes dont les parois sphacélées avaient laissé le pus filtrer hors des trompes, je vis à droite une anse d'intestin grêle formant une partie de la paroi de la collection; cette anse intestinale était entièrement soudée au petit bassin et elle portait sur sa convexité une ulcération incomplète dont le fond était formé par la muqueuse, les autres tuniques étaient recroquevillées tout autour. Il ne pouvait être question de faire une suture intestinale, et encore moins une résection intestinale, et je laissai se faire la fistule stercorale inévitable, laquelle n'entraîna aucun accident grave, et alla régulièrement vers la guérison spontanée.

Ce fait est intéressant à un autre point de vue : chaque fois que dans les observations d'hystérectomie vaginale on parle d'ouverture des collections purulentes dans l'intestion, on regarde comme certaine l'ouverture dans le rectum, ce qui est absolument faux, l'évacuation de pus dans les garde-robes n'indique pas du tout que le siège de la fistule est sur le gros intestin.

Enfin, dans ce cas, bien que les lésions fussent anciennes et que tout le petit bassin fût rempli par la masse des organes soudés les uns aux autres, j'avais pratiqué la laparotomie parce que les parties saillantes de cette masse arrivaient au contact de la paroi

abdominale et surtout s'étalaient vers la fosse iliaque droite; je me félicitai de mon choix pendant l'opération, car après avoir ouvert la collection de droite, je pus trouver facilement un petit orifice étroit faisant communiquer cette poche avec un diverticule important étalé dans la fosse iliaque; j'arrivai facilement à dilater cet orifice, à faire sortir une grande quantité de pus et de détritus sanieux et enfin à pousser dans ce diverticule une lanière de gaze iodoformée qui assura le drainage de cette arrière-cavité : toutes ces manœuvres eussent été rendues absolument impossibles par l'hystérectomie vaginale.

Dans le huitième cas de laparotomie, le diagnostic de bilatéralité des lésions suppurées semblait s'imposer après l'examen de la malade, une grosse poche siégeant en avant sous la paroi abdominale, au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, et le toucher vaginal faisant reconnaître le cul-de-sac de Douglas occupé par une autre masse; la laparotomie permit de s'assurer de l'intégrité de la trompe et de l'ovaire du côté droit et de la présence d'anses intestinales adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas au-dessous de la trompe gauche qui était du volume du poing, collée à la paroi abdominale et en dedans à la vessie et à l'utérus, au point de ne pouvoir être décortiquée : l'ouverture et le drainage de cette poche à la partie inférieure de la section abdominale en assurèrent la guérison en cinq semaines. Les annexes du côté droit furent laissées en place, ce qui n'était pas indifférent chez une jeune femme mariée depuis quelques mois seulement.

Les résultats éloignés de quatre de ces laparotomies sont seuls intéressants, ces faits datant de plus de deux années : après une convalescence assez longue de trois, quatre et six mois, la guérison fut complète pour trois de ces malades; une seule eut des pertes cataméniales assez abondantes pour nécessiter un curettage qui les fit disparaître; de plus cette malade porte au niveau du passage du drain une légère éventration de 4 centimètres, facilement maintenue par une pelote spéciale.

Une autre malade a été perdue de vue, et enfin les deux dernières sont trop récentes, datant de six mois et deux mois.

En parlant de ces lésions suppurées au point de vue anatomo-pathologique, j'ai dit que dans les phlegmons du ligament large, l'incision simple suivie de drainage devait suffire ordinairement pour obtenir la cicatrisation de ces cavités dont les parois formées de tissu cellulaire ne comportaient pas l'ablation; dans deux cas la guérison fut facilement obtenue avec cette méthode.

Bien plus, le second fait démontre péremptoirement que la bilatéralité des lésions n'impose pas du tout la nécessité d'une opé-

ration grave telle que l'hystérectomie, et que dans certains cas ce serait aller à l'encontre du but cherché que d'épuiser par une intervention laborieuse une malade déjà à bout de forces. Cette femme âgée de cinquante ans, après avoir été débarrassée d'un énorme polype fibreux sphacélé, continua à avoir de la fièvre dans les jours suivants; malgré tous les soins de désinfection de l'utérus et du vagin, elle avait fait de la suppuration des ligaments larges, l'utérus était immobilisé dans le petit bassin par une tuméfaction diffuse remontant de chaque côté dans l'abdomen; l'exploration était rendue difficile à cause du ballonnement, mais permettait cependant de reconnaître un phlegmon du ligament large gauche.

Cette collection fut évacuée par une incision pratiquée au-dessus de l'arcade crurale; mais le ventre restant saillant du côté opposé, séance tenante je fis une autre incision au-dessus de l'arcade crurale droite, et j'évacuai cet autre foyer. Le drainage des deux collections fut maintenu pendant six semaines; actuellement, après deux ans, cette femme est très robuste et n'a plus de troubles utérins. Donc la bilatéralité des lésions suppurées péri-utérines n'est pas toujours une indication formelle de l'hystérectomie vaginale, comme le prétendent les promoteurs de cette nouvelle méthode.

Dans ces phlegmons à marche plus ou moins nettement aiguë, l'incision suivie du drainage constitue une opération simple, à la portée de tous les chirurgiens grands et petits, ce n'est pas sa moindre qualité, et par ailleurs elle est suffisante, bénigne.

L'hystérectomie vaginale est loin de réunir ces avantages : d'abord, dans ce type de suppurations bien localisées aux ligaments larges, c'est une intervention dont les moyens sont excessifs, car l'extirpation de l'utérus pour ouvrir deux collections ne saurait être comparée à ce point de vue avec l'incision inguinale banale; d'ailleurs les partisans de l'hystérectomie ne cessent de répéter que c'est une opération difficile, laborieuse, qu'un petit nombre de chirurgiens rompus aux interventions vaginales pourront seuls exécuter.

Or ce serait un grave défaut si à la vérité cette opération devait rester entre les mains de ses auteurs, et ne pouvait se vulgariser pour le plus grand bien des suppurations pelviennes répandues par le monde. Mais heureusement qu'il n'en est rien, et que tout vrai chirurgien, petit ou grand, peut mener à bien une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne et en constater aussi bien ses avantages que ses difficultés, ses défauts et ses dangers; dangers et défauts que connaît peu la laparotomie et que l'incision simple ne connaît pas.

En effet les déchirures de la vessie et du rectum ne sont pas des

raretés, même entre les mains des maîtres en hystérectomie, l'hémorragie se voit quelquefois; et si ces maîtres n'ont jamais eu le malheur de pincer un uretère, leurs élèves ont été moins heureux, et l'un d'eux apportait récemment à la Société anatomique de Nantes « un rein enlevé à une malade pour fistule urétérale avec pyélonéphrite consécutive, accompagnée d'accidents graves »; cette fistule était la suite d'une hystérectomie vaginale pratiquée pour un double hémosalpinx, d'ailleurs pris pour une double salpingite suppurée.

Ces erreurs de diagnostic, encore assez fréquentes, conduisent les hystérectomistes exclusifs à faire une intervention complexe, difficile, et même grave, pour un mince résultat, quand derrière l'utérus, le chirurgien, au lieu de deux collections purulentes, ne trouve que deux petits ovaires scléro-kystiques bien faciles à cueillir par une petite incision abdominale; j'ai encore assisté à deux communications de ce genre et dans l'une, l'un des maîtres en hystérectomie avait préalablement fait le diagnostic de suppuration bilatérale.

Enfin, on doit tirer un certain enseignement de pièces anatomiques très intéressantes, telles que notre ancien collègue M. Mauclaire en a présenté, au mois de mars dernier, à la Société anatomique de Paris : l'abcès était situé loin de l'utérus dont il était séparé par des anses intestinales, l'hystérectomie aurait peut-être ouvert le rectum, adhérent à l'utérus, très probablement une anse intestinale qui adhérait au pédicule tubaire gauche et certainement une autre anse qui faisait corps avec la partie supérieure du ligament large droit et avec le fond de l'utérus.

Aussi bien l'hystérectomie, rasant l'utérus pour fuir les autres organes d'un voisinage dangereux, respectant les adhérences qui forment une sorte de plafond protégeant la grande cavité péritonéale, l'hystérectomie respecte aussi quelquefois des poches suppurées trop élevées, trop éloignées pour être ouvertes pendant l'opération; il paraît qu'elles viennent s'ouvrir spontanément dans le canal qu'on vient de créer ainsi dans le bas du petit bassin. Mais ce que ne disent pas les hystérectomistes, c'est que, pendant le temps qu'elles mettent à s'ouvrir spontanément, ces collections entretiennent un état fébrile très dangereux, et en tout cas fort alarmant.

Ainsi dans un cas, assurément très grave, où j'avais considéré l'hystérectomie comme préférable à la laparotomie, les deux collections principales avaient bien été ouvertes pendant l'opération, néanmoins la température resta élevée, et dépassa 39° le dixième et le douzième jour, déterminant un état général grave,

accompagné de la formation d'une eschare large et profonde au niveau du sacrum. Cette malade guérit malgré toutes ces péripéties. Mais il faut remarquer encore que je n'avais fait qu'ouvrir et drainer ses deux salpingites suppurées avec fistules ouvertes dans le rectum et peut-être dans la vessie; j'avais donc laissé des débris de trompes et d'ovaires qui, d'après le dire des hystérectomistes, doivent régulièrement ou s'éliminer ou se résorber. Tout semblait devoir se passer ainsi pour cette jeune femme qui avait retrouvé une santé très bonne et qui se livrait à des voyages assez longs, à une vie très active, et même à la danse d'une façon intensive; mais un an après l'hystérectomie tous les symptômes du début d'une suppuration pelvienne reparurent au grand désespoir de notre ancienne malade, qui elle-même disait que c'étaient absolument les mêmes phénomènes que ceux de sa première atteinte, et l'examen vaginal permettait de constater une tuméfaction profonde sous la cicatrice vaginale, s'étendant vers la droite dans le petit bassin, et extrêmement douloureuse à la pression du doigt explorateur.

Il n'est pas douteux qu'il s'est fait là une véritable poussée inflammatoire dans les débris de l'ancien foyer purulent, dont les germes restés à l'état latent se sont remis en activité sous l'influence des fatigues éprouvées par la malade.

Il ne fallut pas moins d'un repos absolu de cinq semaines, avec l'aide de toute la thérapeutique antiphlogistique employée dans ces accidents, pour enrayer la marche de cette tuméfaction inflammatoire.

Le rôle de ces débris infectieux restant dans le petit bassin après l'hystérectomie n'est pas moins net dans cet autre cas : je pratique cette opération chez une jeune femme de vingt-six ans présentant une vaste collection purulente rétro-utérine avec fistule rectale, dont le drainage n'avait pas suffi à faire disparaître les accidents. Deux mois se passent sans manifestations douloureuses, la convalescence semblait se faire régulièrement, quand les douleurs reparaissent, accompagnées de fièvre dépassant 39°, et avec tous les signes d'une vive irritation rectale dépendant d'un foyer inflammatoire voisin; le toucher vaginal faisait sentir en effet une légère tuméfaction très limitée sur le côté droit du rectum, derrière la cicatrice vaginale. Ce n'était probablement pas autre chose que le trajet de l'ancienne fistule rectale avec les débris de l'ancienne poche, dont les germes infectieux persistants reprenaient leur activité inflammatoire, et après une période de plusieurs semaines de douleurs très vives tout rentra presque subitement dans le silence, probablement par l'évacuation dans la cavité rectale de ce petit foyer septique, dont le contenu peu

volumineux se mélangea aux sécrétions glaireuses qui depuis le début de l'attaque recouvraient les garde-robes.

Ce ne sont là, nous dira-t-on, que des faits isolés, dont le petit nombre ne permet pas de généraliser. A la vérité nous regrettons de n'avoir pas des observations d'hystérectomie vaginale à la douzaine pour pouvoir les analyser de la même façon, car il ne suffit pas d'avoir de gros chiffres, il faut étudier la marche clinique, les suites de ces interventions, surtout les résultats éloignés, pour en tirer toute l'instruction qu'elles comportent; c'est là que doit se trouver le véritable critérium de la supériorité que se disputent ces méthodes dont quelques-uns veulent faire des méthodes exclusives, grave erreur dans laquelle ne tombent pas les laparotomistes. Ceux-ci s'efforcent en effet de déterminer, de préciser les indications de chacune de ces méthodes qui, loin d'être rivales, répondent à des lésions différentes; là où l'une serait insuffisante, l'autre offre des moyens plus puissants, et répond mieux à la localisation de ces lésions.

Ces indications des diverses méthodes découlent naturellement des considérations anatomo-pathologiques que nous faisions au début de ce travail :

Les salpingites à poches isolables sont de beaucoup les plus nombreuses, et plus le diagnostic de ces affections se fera rapidement, plus cette catégorie de lésions primitives augmentera, car on rencontre encore des médecins instruits qui déclarent n'avoir pas encore observé de salpingites quand sous leurs yeux ces lésions évoluent *usque ad mortem*. Ces poches salpingiennes relèvent de la *laparotomie* qui pour nous doit être *la règle*, car elle offre et la simplicité d'exécution, et la bénignité dans les suites, et une efficacité absolue assurée par l'ablation complète des foyers purulents avec leurs parois; et les résultats éloignés viennent confirmer ces idées.

D'autre part la cicatrice abdominale n'a plus l'inconvénient de laisser une éventration que l'on a tant reprochée à cette méthode; la suture à trois étages donne désormais une paroi solide; cette question est jugée.

Beaucoup plus rares sont les collections développées dans l'épaisseur des ligaments larges, les véritables phlegmons intraligamentaires, ou encore les foyers limités par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, ou dans un siège plus élevé et plus éloigné de l'utérus; nous avons vu qu'il ne pouvait être question dans ces cas de décortiquer, d'isoler une paroi propre à ces foyers purulents, leur paroi étant formée par le tissu cellulaire et le péritoine.

L'indication se résume donc plus rarement dans une ouver-

ture assez large, et un drainage assurant bien l'issue des produits de sécrétion; l'intervention nécessaire mais suffisante sera l'incision simple selon les règles ordinaires de l'ouverture chirurgicale des phlegmons, d'abord au point le plus rapproché de l'extérieur, là où bombe l'abcès en un mot, et autant que possible au point le plus déclive.

Les exemples de guérison ne sont point rares à la suite de ces simples ouvertures, et sans accepter entièrement les idées de Laroyenne sur le traitement des salpingites suppurées, nous devons reconnaître que cet auteur a montré que l'incision simple et le drainage de certaines collections donnaient des guérisons: Bernutz autrefois, et dernièrement Bouilly, ont apporté des faits probants de résultats heureux dus à cette méthode opératoire simple, facile, et efficace quand elle est judicieusement appliquée.

Chez une jeune femme de vingt-deux ans, j'ai traité ainsi un phlegmon à marche lente du ligament large droit consécutif à un accouchement; malgré une coque fibreuse épaisse, et l'ouverture secondaire du foyer au fond de la plaie inguinale, le foyer s'est évacué, et la guérison a été assez rapide.

J'ai déjà parlé plus haut de ce double phlegmon des ligaments larges à la suite d'un polype utérin sphacélé, et de la guérison obtenue par deux incisions inguinales permettant d'évacuer des flots de pus.

Mon second cas d'hystérectomie vaginale est encore fort intéressant à ce point de vue, et maintenant je ne suis pas bien convaincu que ma malade n'aurait pas aussi bien guéri après ma première intervention, consistant en une simple incision du cul-de-sac vaginal, si j'avais su attendre.

En effet, cette malade portait depuis plus d'un an une énorme collection purulente derrière l'utérus, avec fistule ouverte dans le rectum; rien dans les culs-de-sac latéraux. Je fais une incision vaginale dans le cul-de-sac postérieur du vagin, je place un drain et tout semble se passer simplement; la poche était fermée, les douleurs à peu près complètement disparues; la malade recommence à marcher, elle reprend sa vie ordinaire; deux mois après, retour des douleurs, tuméfaction légère dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, fièvre, symptômes généraux s'aggravant.

Étant donné le siège bas de la tuméfaction, l'ancienne fistule probablement ouverte dans le rectum, je fis l'hystérectomie vaginale; j'enlevai l'utérus, des parties des annexes adhérentes, mais je ne trouvai pas de foyer purulent. Cette intervention semblait avoir assuré la guérison, l'état général était redevenu excellent, mais quelques semaines après la reprise de la marche, nouvelles

douleurs, fièvre montant au-dessus de 39°, état général mauvais, puis nouvelle tuméfaction en arrière et à droite du petit bassin. J'attendis patiemment plusieurs semaines qu'une collection se formât pour l'ouvrir, mais ce fut inutile, car cette fois, spontanément, ces accidents disparurent.

Et maintenant nous ne faisons pas de difficulté pour reconnaître que dans quelques cas, à la vérité bien rares, la laparotomie reste impuissante devant les désordres, les transformations des organes, surtout des parois intestinales qui sont devenues friables, peu résistantes et se déchirent plutôt que de se laisser isoler des foyers purulents avec lesquels elles communiquent alors souvent par d'anciennes fistules; c'est cette ancienneté même des lésions qui quelquefois, en l'absence de collection purulente, constitue une indication formelle pour l'hystérectomie, car alors les organes du petit bassin sont confondus, fusionnés par les poussées inflammatoires successives, et la dissection est incapable de mener à bien l'isolement des annexes malades.

L'ablation de l'utérus dans ces cas permet de tenter plus efficacement et moins dangereusement l'ouverture de ces masses inflammatoires qui remplissent le petit bassin, car la décortication de cet organe met à nu une partie des contours de ces collections purulentes et les rend abordables de ce côté pour les ouvrir et les drainer; mais le plus souvent c'est là le seul résultat immédiat de l'intervention; parfois même on ne peut enlever l'utérus en entier, et les opérateurs laissent au fond du tunnel une corne utérine entière sans que le succès opératoire soit compromis pour cela. Et pour dire ma pensée à ce sujet, j'estime que si dans certains cas ils enlèvent facilement à la suite de l'utérus les annexes malades en totalité, c'est que la laparotomie était alors plus indiquée et qu'elle leur aurait permis à moins de frais, de peines et de dangers pour la malade, l'ablation de ces annexes. On ne peut soutenir en effet que les dangers de l'hystérectomie ne soient pas plus grands que ceux d'une laparotomie suivie de manœuvres opératoires simples; les pinces, laissées à demeure sur les ligaments larges dans le vagin, et en grand nombre à l'exemple de Péan, ne sont pas une quantité négligeable au point de vue des douleurs éprouvées pendant quarante-huit heures par la malade; les risques de l'infection péritonéale par le vagin sont certainement aussi grands que quand la paroi abdominale est fermée, même avec un drainage à sa partie inférieure. Enfin il n'est pas absolument indifférent d'enlever à ces malades ovaires, trompes et utérus, et si dans la tuberculose testiculaire on y regarde à deux fois avant d'enlever un testicule purement « moral », dans les suppurations pelviennes on trouve des malades

qui ne sont pas fort charmées d'être privées d'un utérus purement moral lui aussi, et certainement quelques-unes de ces femmes considèrent cette suppression comme une déchéance plus pénible pour elles : cet état d'esprit peut bien être mis en parallèle avec l'ennui d'une cicatrice linéaire sur la paroi abdominale.

En résumé, l'hystérectomie vaginale ne nous apparaît que comme une dernière ressource dans les cas complexes de suppurations anciennes, avec adhérences intimes des organes du petit bassin entre eux, surtout avec fistules intestinales, vaginales ou vésicales.

C'est dire que nous lui réservons tous les mauvais cas; aussi bien nous ne lui ferons pas un crime des mauvais résultats que l'on obtiendra dans des conditions aussi défavorables, car la laparotomie elle-même ne serait pas plus heureuse, on peut même dire moins heureuse.

Loin de la rejeter d'une façon systématique, nous sommes prêts à mettre en œuvre l'hystérectomie vaginale dans ces mauvais cas, puisqu'elle offre encore quelques chances de guérison à des malades pour lesquelles l'incision simple, la laparotomie demeurent des moyens insuffisants et impuissants.

OBSERVATIONS DE LAPAROTOMIE

Observation I. — Femme de trente ans, mariée, sans enfant; vaginite au début de son mariage; accidents de pelvi-péritonite remontant à deux ans, symptômes aigus depuis six semaines; l'examen fait reconnaître deux trompes kystiques, très douloureuses, du volume d'une grosse mandarine. Douleurs, ténesmes du rectum et de la vessie; très mauvais état général.

Opération, juin 1890 : laparotomie, ablation des annexes des deux côtés. rupture des deux collections purulentes pendant l'énucléation, drainage à la partie inférieure de la plaie abdominale. Guérison. Résultats éloignés très bons en 1893.

Obs. II. — Femme de vingt-huit ans, mariée depuis dix ans, un enfant de huit ans; vaginite, urétrite il y a un an. Douleurs de bas-ventre depuis trois mois obligeant à garder le repos depuis deux mois; ténesme rectal, glaires, mucosités sur les garde-robes, état général altéré; à l'examen, double salpingite suppurée dont l'une du volume du poing.

Opération, août 1890 : laparotomie, ablation des annexes des deux côtés, salpingites suppurées très adhérentes, surtout celle de droite collée au fond du cul-de-sac de Douglas. Drain remontant de celui-ci au bas de la plaie abdominale, laissé deux jours en place. Guérison. Les règles continuent, et l'année suivante donnent lieu à de véritables ménorragies qui nécessitent un curettage le 4 juillet 1891, et disparaissent alors. A la partie inférieure de la cicatrice abdominale, petite éventration de

quatre centimètres environ, peu gênante, facilement maintenue par un bandage approprié.

Obs. III. — Femme de trente-cinq ans, mariée, sans enfant; salpingite double suppurée, peu volumineuse, sans phénomènes aigus.

Opération, juillet 1890 : laparotomie, ablation des deux trompes kystiques et suppurées, rupture des deux poches pendant l'énucléation, pas de drainage. Les premiers jours se passèrent sans réaction, puis apparurent des phénomènes d'occlusion intestinale à marche lente qui emportèrent la malade le huitième jour. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle fortement dilaté sans trace de péritonite, mais un volvulus siégeait sur le côlon ascendant.

Obs. IV. — Femme de quarante ans, mariée depuis vingt ans, enfant de dix-huit ans; troubles utérins et gastriques depuis cinq à six années, déterminant des accidents hystériques, symptômes aigus de pelvi-péritonite depuis six mois, accidents graves depuis cinq semaines, état général extrêmement mauvais, fièvre, délire, stomatite mercurielle intense déterminée par l'onguent napolitain appliqué sur le ventre. L'examen fait reconnaître deux collections volumineuses dans le petit bassin.

Opération, 28 mars 1891 : laparotomie, opération très laborieuse, lésions complexes, ablation des annexes des deux côtés laissant le petit bassin en fort mauvais état. Drainage abdomino-vaginal par un gros drain passé à travers le cul-de-sac de Douglas à l'aide du trocart courbe de Chassaignac; drain laissé en place quatre jours, puis retiré, progressivement, vers le vagin. Guérison. Convalescence longue. Résultat actuel excellent.

Obs. V. — Fille de dix-huit ans, blennorragie à seize ans, symptômes de pelvi-péritonite depuis dix-huit mois; aggravation des douleurs depuis deux mois; double salpingite kystique du volume d'une grosse noix.

Opération, avril 1891 : laparotomie; les deux trompes contiennent du pus, et sont facilement énucléées; opération simple, ablation des annexes des deux côtés, pas de drainage. Guérison. Résultat éloigné inconnu.

Obs. VI. — Femme de quarante ans, mariée, deux enfants de dix-huit et vingt ans. Douleurs de ventre depuis plusieurs années sans cause apparente; troubles intestinaux graves depuis six mois, faisant croire à un cancer de l'intestin. A l'examen on trouve une masse dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche très douloureuse, du volume d'une orange. Diagnostic : salpingite suppurée.

Opération, juin 1891 : laparotomie, masse volumineuse située à gauche et en arrière de l'utérus, soudée à celui-ci et à l'intestin sur la ligne médiane dans le fond du cul-de-sac de Douglas, décortication très difficile; ce n'est pas une poche contenant une collection purulente, mais une masse constituée par une foule d'abcès miliaires, se déchirant sous la pression des doigts, c'est probablement l'ovaire gauche infiltré d'abcès tuberculeux. L'isolement de cette masse détermine la déchirure de l'intestin assez bas pour rendre la suture intestinale difficile. Cependant cette suture en surjet paraissant solide, le petit bassin étant en assez bon

ration grave telle que l'hystérectomie, et que dans certains cas ce serait aller à l'encontre du but cherché que d'épuiser par une intervention laborieuse une malade déjà à bout de forces. Cette femme âgée de cinquante ans, après avoir été débarrassée d'un énorme polype fibreux sphacélé, continua à avoir de la fièvre dans les jours suivants; malgré tous les soins de désinfection de l'utérus et du vagin, elle avait fait de la suppuration des ligaments larges, l'utérus était immobilisé dans le petit bassin par une tuméfaction diffuse remontant de chaque côté dans l'abdomen; l'exploration était rendue difficile à cause du ballonnement, mais permettait cependant de reconnaître un phlegmon du ligament large gauche.

Cette collection fut évacuée par une incision pratiquée au-dessus de l'arcade crurale; mais le ventre restant saillant du côté opposé, séance tenante je fis une autre incision au-dessus de l'arcade crurale droite, et j'évacuai cet autre foyer. Le drainage des deux collections fut maintenu pendant six semaines; actuellement, après deux ans, cette femme est très robuste et n'a plus de troubles utérins. Donc la bilatéralité des lésions suppurées péri-utérines n'est pas toujours une indication formelle de l'hystérectomie vaginale, comme le prétendent les promoteurs de cette nouvelle méthode.

Dans ces phlegmons à marche plus ou moins nettement aiguë, l'incision suivie du drainage constitue une opération simple, à la portée de tous les chirurgiens grands et petits, ce n'est pas sa moindre qualité, et par ailleurs elle est suffisante, bénigne.

L'hystérectomie vaginale est loin de réunir ces avantages : d'abord, dans ce type de suppurations bien localisées aux ligaments larges, c'est une intervention dont les moyens sont excessifs, car l'extirpation de l'utérus pour ouvrir deux collections ne saurait être comparée à ce point de vue avec l'incision inguinale banale; d'ailleurs les partisans de l'hystérectomie ne cessent de répéter que c'est une opération difficile, laborieuse, qu'un petit nombre de chirurgiens rompus aux interventions vaginales pourront seuls exécuter.

Or ce serait un grave défaut si à la vérité cette opération devait rester entre les mains de ses auteurs, et ne pouvait se vulgariser pour le plus grand bien des suppurations pelviennes répandues par le monde. Mais heureusement qu'il n'en est rien, et que tout vrai chirurgien, petit ou grand, peut mener à bien une hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne et en constater aussi bien ses avantages que ses difficultés, ses défauts et ses dangers; dangers et défauts que connaît peu la laparotomie et que l'incision simple ne connaît pas.

En effet les déchirures de la vessie et du rectum ne sont pas des

raretés, même entre les mains des maîtres en hystérectomie, l'hémorragie se voit quelquefois; et si ces maîtres n'ont jamais eu le malheur de pincer un uretère, leurs élèves ont été moins heureux, et l'un d'eux apportait récemment à la Société anatomique de Nantes « un rein enlevé à une malade pour fistule urétérale avec pyélonéphrite consécutive, accompagnée d'accidents graves »; cette fistule était la suite d'une hystérectomie vaginale pratiquée pour un double hémosalpinx, d'ailleurs pris pour une double salpingite suppurée.

Ces erreurs de diagnostic, encore assez fréquentes, conduisent les hystérectomistes exclusifs à faire une intervention complexe, difficile, et même grave, pour un mince résultat, quand derrière l'utérus, le chirurgien, au lieu de deux collections purulentes, ne trouve que deux petits ovaires scléro-kystiques bien faciles à cueillir par une petite incision abdominale; j'ai encore assisté à deux communications de ce genre et dans l'une, l'un des maîtres en hystérectomie avait préalablement fait le diagnostic de suppuration bilatérale.

Enfin, on doit tirer un certain enseignement de pièces anatomiques très intéressantes, telles que notre ancien collègue M. Mauclaire en a présenté, au mois de mars dernier, à la Société anatomique de Paris : l'abcès était situé loin de l'utérus dont il était séparé par des anses intestinales, l'hystérectomie aurait peut-être ouvert le rectum, adhérent à l'utérus, très probablement une anse intestinale qui adhérait au pédicule tubaire gauche et certainement une autre anse qui faisait corps avec la partie supérieure du ligament large droit et avec le fond de l'utérus.

Aussi bien l'hystérectomie, rasant l'utérus pour fuir les autres organes d'un voisinage dangereux, respectant les adhérences qui forment une sorte de plafond protégeant la grande cavité péritonéale, l'hystérectomie respecte aussi quelquefois des poches suppurées trop élevées, trop éloignées pour être ouvertes pendant l'opération; il paraît qu'elles viennent s'ouvrir spontanément dans le canal qu'on vient de créer ainsi dans le bas du petit bassin. Mais ce que ne disent pas les hystérectomistes, c'est que, pendant le temps qu'elles mettent à s'ouvrir spontanément, ces collections entretiennent un état fébrile très dangereux, et en tout cas fort alarmant.

Ainsi dans un cas, assurément très grave, où j'avais considéré l'hystérectomie comme préférable à la laparotomie, les deux collections principales avaient bien été ouvertes pendant l'opération, néanmoins la température resta élevée, et dépassa 39° le dixième et le douzième jour, déterminant un état général grave,

accompagné de la formation d'une eschare large et profonde au niveau du sacrum. Cette malade guérit malgré toutes ces péripéties. Mais il faut remarquer encore que je n'avais fait qu'ouvrir et drainer ses deux salpingites suppurées avec fistules ouvertes dans le rectum et peut-être dans la vessie; j'avais donc laissé des débris de trompes et d'ovaires qui, d'après le dire des hystérectomistes, doivent régulièrement ou s'éliminer ou se résorber. Tout semblait devoir se passer ainsi pour cette jeune femme qui avait retrouvé une santé très bonne et qui se livrait à des voyages assez longs, à une vie très active, et même à la danse d'une façon intensive; mais un an après l'hystérectomie tous les symptômes du début d'une suppuration pelvienne reparurent au grand désespoir de notre ancienne malade, qui elle-même disait que c'étaient absolument les mêmes phénomènes que ceux de sa première atteinte, et l'examen vaginal permettait de constater une tuméfaction profonde sous la cicatrice vaginale, s'étendant vers la droite dans le petit bassin, et extrêmement douloureuse à la pression du doigt explorateur.

Il n'est pas douteux qu'il s'est fait là une véritable poussée inflammatoire dans les débris de l'ancien foyer purulent, dont les germes restés à l'état latent se sont remis en activité sous l'influence des fatigues éprouvées par la malade.

Il ne fallut pas moins d'un repos absolu de cinq semaines, avec l'aide de toute la thérapeutique antiphlogistique employée dans ces accidents, pour enrayer la marche de cette tuméfaction inflammatoire.

Le rôle de ces débris infectieux restant dans le petit bassin après l'hystérectomie n'est pas moins net dans cet autre cas : je pratique cette opération chez une jeune femme de vingt-six ans présentant une vaste collection purulente rétro-utérine avec fistule rectale, dont le drainage n'avait pas suffi à faire disparaître les accidents. Deux mois se passent sans manifestations douloureuses, la convalescence semblait se faire régulièrement, quand les douleurs reparaissent, accompagnées de fièvre dépassant 39°, et avec tous les signes d'une vive irritation rectale dépendant d'un foyer inflammatoire voisin; le toucher vaginal faisait sentir en effet une légère tuméfaction très limitée sur le côté droit du rectum, derrière la cicatrice vaginale. Ce n'était probablement pas autre chose que le trajet de l'ancienne fistule rectale avec les débris de l'ancienne poche, dont les germes infectieux persistants reprenaient leur activité inflammatoire, et après une période de plusieurs semaines de douleurs très vives tout rentra presque subitement dans le silence, probablement par l'évacuation dans la cavité rectale de ce petit foyer septique, dont le contenu peu

volumineux se mélangea aux sécrétions glaireuses qui depuis le début de l'attaque recouvraient les garde-robes.

Ce ne sont là, nous dira-t-on, que des faits isolés, dont le petit nombre ne permet pas de généraliser. A la vérité nous regrettons de n'avoir pas des observations d'hystérectomie vaginale à la douzaine pour pouvoir les analyser de la même façon, car il ne suffit pas d'avoir de gros chiffres, il faut étudier la marche clinique, les suites de ces interventions, surtout les résultats éloignés, pour en tirer toute l'instruction qu'elles comportent; c'est là que doit se trouver le véritable critérium de la supériorité que se disputent ces méthodes dont quelques-uns veulent faire des méthodes exclusives, grave erreur dans laquelle ne tombent pas les laparotomistes. Ceux-ci s'efforcent en effet de déterminer, de préciser les indications de chacune de ces méthodes qui, loin d'être rivales, répondent à des lésions différentes; là où l'une serait insuffisante, l'autre offre des moyens plus puissants, et répond mieux à la localisation de ces lésions.

Ces indications des diverses méthodes découlent naturellement des considérations anatomo-pathologiques que nous faisions au début de ce travail :

Les salpingites à poches isolables sont de beaucoup les plus nombreuses, et plus le diagnostic de ces affections se fera rapidement, plus cette catégorie de lésions primitives augmentera, car on rencontre encore des médecins instruits qui déclarent n'avoir pas encore observé de salpingites quand sous leurs yeux ces lésions évoluent *usque ad mortem*. Ces poches salpingiennes relèvent de la *laparotomie* qui pour nous doit être *la règle*, car elle offre et la simplicité d'exécution, et la bénignité dans les suites, et une efficacité absolue assurée par l'ablation complète des foyers purulents avec leurs parois; et les résultats éloignés viennent confirmer ces idées.

D'autre part la cicatrice abdominale n'a plus l'inconvénient de laisser une éventration que l'on a tant reprochée à cette méthode; la suture à trois étages donne désormais une paroi solide; cette question est jugée.

Beaucoup plus rares sont les collections développées dans l'épaisseur des ligaments larges, les véritables phlegmons intraligamentaires, ou encore les foyers limités par des adhérences dans le cul-de-sac de Douglas, ou dans un siége plus élevé et plus éloigné de l'utérus; nous avons vu qu'il ne pouvait être question dans ces cas de décortiquer, d'isoler une paroi propre à ces foyers purulents, leur paroi étant formée par le tissu cellulaire et le péritoine.

L'indication se résume donc plus rarement dans une ouver-

ture assez large, et un drainage assurant bien l'issue des produits de sécrétion; l'intervention nécessaire mais suffisante sera l'incision simple selon les règles ordinaires de l'ouverture chirurgicale des phlegmons, d'abord au point le plus rapproché de l'extérieur, là où bombe l'abcès en un mot, et autant que possible au point le plus déclive.

Les exemples de guérison ne sont point rares à la suite de ces simples ouvertures, et sans accepter entièrement les idées de Laroyenne sur le traitement des salpingites suppurées, nous devons reconnaître que cet auteur a montré que l'incision simple et le drainage de certaines collections donnaient des guérisons; Bernutz autrefois, et dernièrement Bouilly, ont apporté des faits probants de résultats heureux dus à cette méthode opératoire simple, facile, et efficace quand elle est judicieusement appliquée.

Chez une jeune femme de vingt-deux ans, j'ai traité ainsi un phlegmon à marche lente du ligament large droit consécutif à un accouchement; malgré une coque fibreuse épaisse, et l'ouverture secondaire du foyer au fond de la plaie inguinale, le foyer s'est évacué, et la guérison a été assez rapide.

J'ai déjà parlé plus haut de ce double phlegmon des ligaments larges à la suite d'un polype utérin sphacélé, et de la guérison obtenue par deux incisions inguinales permettant d'évacuer des flots de pus.

Mon second cas d'hystérectomie vaginale est encore fort intéressant à ce point de vue, et maintenant je ne suis pas bien convaincu que ma malade n'aurait pas aussi bien guéri après ma première intervention, consistant en une simple incision du cul-de-sac vaginal, si j'avais su attendre.

En effet, cette malade portait depuis plus d'un an une énorme collection purulente derrière l'utérus, avec fistule ouverte dans le rectum; rien dans les culs-de-sac latéraux. Je fais une incision vaginale dans le cul-de-sac postérieur du vagin, je place un drain et tout semble se passer simplement; la poche était fermée, les douleurs à peu près complètement disparues; la malade recommence à marcher, elle reprend sa vie ordinaire; deux mois après, retour des douleurs, tuméfaction légère dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, fièvre, symptômes généraux s'aggravant.

Étant donné le siège bas de la tuméfaction, l'ancienne fistule probablement ouverte dans le rectum, je fis l'hystérectomie vaginale; j'enlevai l'utérus, des parties des annexes adhérentes, mais je ne trouvai pas de foyer purulent. Cette intervention semblait avoir assuré la guérison, l'état général était redevenu excellent, mais quelques semaines après la reprise de la marche, nouvelles

douleurs, fièvre montant au-dessus de 39°, état général mauvais, puis nouvelle tuméfaction en arrière et à droite du petit bassin. J'attendis patiemment plusieurs semaines qu'une collection se formât pour l'ouvrir, mais ce fut inutile, car cette fois, spontanément, ces accidents disparurent.

Et maintenant nous ne faisons pas de difficulté pour reconnaître que dans quelques cas, à la vérité bien rares, la laparotomie reste impuissante devant les désordres, les transformations des organes, surtout des parois intestinales qui sont devenues friables, peu résistantes et se déchirent plutôt que de se laisser isoler des foyers purulents avec lesquels elles communiquent alors souvent par d'anciennes fistules; c'est cette ancienneté même des lésions qui quelquefois, en l'absence de collection purulente, constitue une indication formelle pour l'hystérectomie, car alors les organes du petit bassin sont confondus, fusionnés par les poussées inflammatoires successives, et la dissection est incapable de mener à bien l'isolement des annexes malades.

L'ablation de l'utérus dans ces cas permet de tenter plus efficacement et moins dangereusement l'ouverture de ces masses inflammatoires qui remplissent le petit bassin, car la décortication de cet organe met à nu une partie des contours de ces collections purulentes et les rend abordables de ce côté pour les ouvrir et les drainer; mais le plus souvent c'est là le seul résultat immédiat de l'intervention; parfois même on ne peut enlever l'utérus en entier, et les opérateurs laissent au fond du tunnel une corne utérine entière sans que le succès opératoire soit compromis pour cela. Et pour dire ma pensée à ce sujet, j'estime que si dans certains cas ils enlèvent facilement à la suite de l'utérus les annexes malades en totalité, c'est que la laparotomie était alors plus indiquée et qu'elle leur aurait permis à moins de frais, de peines et de dangers pour la malade, l'ablation de ces annexes. On ne peut soutenir en effet que les dangers de l'hystérectomie ne soient pas plus grands que ceux d'une laparotomie suivie de manœuvres opératoires simples; les pinces, laissées à demeure sur les ligaments larges dans le vagin, et en grand nombre à l'exemple de Péan, ne sont pas une quantité négligeable au point de vue des douleurs éprouvées pendant quarante-huit heures par la malade; les risques de l'infection péritonéale par le vagin sont certainement aussi grands que quand la paroi abdominale est fermée, même avec un drainage à sa partie inférieure. Enfin il n'est pas absolument indifférent d'enlever à ces malades ovaires, trompes et utérus, et si dans la tuberculose testiculaire on y regarde à deux fois avant d'enlever un testicule purement « moral », dans les suppurations pelviennes on trouve des malades

qui ne sont pas fort charmées d'être privées d'un utérus purement moral lui aussi, et certainement quelques-unes de ces femmes considèrent cette suppression comme une déchéance plus pénible pour elles : cet état d'esprit peut bien être mis en parallèle avec l'ennui d'une cicatrice linéaire sur la paroi abdominale.

En résumé, l'hystérectomie vaginale ne nous apparaît que comme une dernière ressource dans les cas complexes de suppurations anciennes, avec adhérences intimes des organes du petit bassin entre eux, surtout avec fistules intestinales, vaginales ou vésicales.

C'est dire que nous lui réservons tous les mauvais cas; aussi bien nous ne lui ferons pas un crime des mauvais résultats que l'on obtiendra dans des conditions aussi défavorables, car la laparotomie elle-même ne serait pas plus heureuse, on peut même dire moins heureuse.

Loin de la rejeter d'une façon systématique, nous sommes prêts à mettre en œuvre l'hystérectomie vaginale dans ces mauvais cas, puisqu'elle offre encore quelques chances de guérison à des malades pour lesquelles l'incision simple, la laparotomie demeurent des moyens insuffisants et impuissants.

OBSERVATIONS DE LAPAROTOMIE

Observation I. — Femme de trente ans, mariée, sans enfant; vaginite au début de son mariage; accidents de pelvi-péritonite remontant à deux ans, symptômes aigus depuis six semaines; l'examen fait reconnaître deux trompes kystiques, très douloureuses, du volume d'une grosse mandarine. Douleurs, ténesmes du rectum et de la vessie; très mauvais état général.

Opération, juin 1890 : laparotomie, ablation des annexes des deux côtés. rupture des deux collections purulentes pendant l'énucléation, drainage à la partie inférieure de la plaie abdominale. Guérison. Résultats éloignés très bons en 1893.

Obs. II. — Femme de vingt-huit ans, mariée depuis dix ans, un enfant de huit ans; vaginite, urétrite il y a un an. Douleurs de bas-ventre depuis trois mois obligeant à garder le repos depuis deux mois; ténesme rectal, glaires, mucosités sur les garde-robes, état général altéré; à l'examen, double salpingite suppurée dont l'une du volume du poing.

Opération, août 1890 : laparotomie, ablation des annexes des deux côtés, salpingites suppurées très adhérentes, surtout celle de droite collée au fond du cul-de-sac de Douglas. Drain remontant de celui-ci au bas de la plaie abdominale, laissé deux jours en place. Guérison. Les règles continuent, et l'année suivante donnent lieu à de véritables ménorragies qui nécessitent un curettage le 4 juillet 1891, et disparaissent alors. A la partie inférieure de la cicatrice abdominale, petite éventration de

quatre centimètres environ, peu gênante, facilement maintenue par un bandage approprié.

Obs. III. — Femme de trente-cinq ans, mariée, sans enfant; salpingite double suppurée, peu volumineuse, sans phénomènes aigus.

Opération, juillet 1890 : laparotomie, ablation des deux trompes kystiques et suppurées, rupture des deux poches pendant l'énucléation, pas de drainage. Les premiers jours se passèrent sans réaction, puis apparurent des phénomènes d'occlusion intestinale à marche lente qui emportèrent la malade le huitième jour. A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle fortement dilaté sans trace de péritonite, mais un volvulus siégeait sur le côlon ascendant.

Obs. IV. — Femme de quarante ans, mariée depuis vingt ans, enfant de dix-huit ans; troubles utérins et gastriques depuis cinq à six années, déterminant des accidents hystériques, symptômes aigus de pelvi-péritonite depuis six mois, accidents graves depuis cinq semaines, état général extrêmement mauvais, fièvre, délire, stomatite mercurielle intense déterminée par l'onguent napolitain appliqué sur le ventre. L'examen fait reconnaître deux collections volumineuses dans le petit bassin.

Opération, 28 mars 1891 : laparotomie, opération très laborieuse, lésions complexes, ablation des annexes des deux côtés laissant le petit bassin en fort mauvais état. Drainage abdomino-vaginal par un gros drain passé à travers le cul-de-sac de Douglas à l'aide du trocart courbe de Chassaignac; drain laissé en place quatre jours, puis retiré, progressivement, vers le vagin. Guérison. Convalescence longue. Résultat actuel excellent.

Obs. V. — Fille de dix-huit ans, blennorragie à seize ans, symptômes de pelvi-péritonite depuis dix-huit mois; aggravation des douleurs depuis deux mois; double salpingite kystique du volume d'une grosse noix.

Opération, avril 1891 : laparotomie; les deux trompes contiennent du pus, et sont facilement énucléées; opération simple, ablation des annexes des deux côtés, pas de drainage. Guérison. Résultat éloigné inconnu.

Obs. VI. — Femme de quarante ans, mariée, deux enfants de dix-huit et vingt ans. Douleurs de ventre depuis plusieurs années sans cause apparente; troubles intestinaux graves depuis six mois, faisant croire à un cancer de l'intestin. A l'examen on trouve une masse dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche très douloureuse, du volume d'une orange. Diagnostic : salpingite suppurée.

Opération, juin 1891 : laparotomie, masse volumineuse située à gauche et en arrière de l'utérus, soudée à celui-ci et à l'intestin sur la ligne médiane dans le fond du cul-de-sac de Douglas, décortication très difficile; ce n'est pas une poche contenant une collection purulente, mais une masse constituée par une foule d'abcès miliaires, se déchirant sous la pression des doigts, c'est probablement l'ovaire gauche infiltré d'abcès tuberculeux. L'isolement de cette masse détermine la déchirure de l'intestin assez bas pour rendre la suture intestinale difficile. Cependant cette suture en surjet paraissant solide, le petit bassin étant en assez bon

état, pas de drainage. Au bout de deux jours, douleurs abdominales, septicémie stercorale produite par la rupture de la suture intestinale, mort le cinquième jour. Rupture vérifiée à l'autopsie.

Obs. VII. — Femme de vingt-six ans, mariée, pas de grossesse, double salpingite de petit volume dont les symptômes remontent à plus de deux ans.

Opération, novembre 1891 : laparotomie, ablation des annexes des deux côtés, les deux trompes contenaient une collection de pus du volume d'une petite mandarine, opération facile, pas de drainage. Guérison. Résultats très bons un an après.

Obs. VIII. — Femme de vingt et un ans, mariée depuis huit mois, pas de grossesse, vaginite au début du mariage, et aussitôt symptômes de pelvi-péritonite; accidents aigus depuis deux mois, état général mauvais; tumeur fluctuante remplissant tout le côté gauche de l'excavation pelvienne; petite masse dans le cul-de-sac de Douglas. Diagnostic, double salpingite suppurée.

Opération, octobre 1892 : laparotomie, collection du volume du poing dans la trompe gauche extrêmement soudée à la paroi abdominale, la paroi est amincie à ce niveau et est ouverte par le bistouri; écoulement au dehors d'une grande quantité de pus verdâtre fétide; la décortication de cette poche est impossible. L'incision abdominale permet d'explorer le bassin où se trouve une masse formée d'anses intestinales agglomérées dans le cul-de-sac de Douglas, mais les annexes du côté droit sont saines et laissées en place. La poche purulente gauche est drainée; le drain est enlevé au bout de quinze jours; la fistule est fermée au bout de six semaines.

Revue en mars 1893, état général excellent, plus de douleurs abdominales, cicatrices solides; un fil tend à sortir en haut sous la peau rougie.

Obs. IX. — Femme de vingt-huit ans, mariée depuis un an, sans grossesse, symptômes de pelvi-péritonite depuis huit mois, accidents aigus depuis trois mois. En février 1893, sans grandes douleurs abdominales, l'état général est très altéré, l'amaigrissement très marqué, la malade ne se lève plus. A l'examen, double salpingite suppurée de siège élevé, celle de droite est sous la paroi abdominale. Tout le bassin semble envahi par les lésions inflammatoires, l'utérus est absolument immobile, et les collections ne font point saillie dans les culs-de-sac vaginaux.

Opération, mars 1893 : laparotomie. L'épiploon descend dans le petit bassin et sépare presque complètement la masse intestinale des collections salpingiennes dont les parois sont fort altérées, amincies et friables; à gauche, petite collection ouverte avec le doigt; à droite, vaste collection descendant dans le petit bassin, limitée en haut par des anses intestinales fortement adhérentes, dont l'une porte une ulcération arrivant jusqu'à la muqueuse mise à nu; impossibilité de faire une suture intestinale ni une résection; enfin, en dehors le doigt trouve un petit orifice qui mène dans une arrière-cavité purulente, s'étalant dans la fosse iliaque et donnant issue à une assez grande quantité de pus et de détritus

sanieux. Le doigt descend assez profondément dans le cul-de-sac de Douglas, et ne trouve pas d'autre collection, mais il est impossible d'enlever les débris de ces poches purulentes et il faut se contenter de drainer avec trois lanières de gaze iodoformée les trois cavités.

Le drainage est retiré le troisième jour, et aussitôt on voit des matières intestinales sortir par la plaie abdominale, la perforation intestinale s'est complétée.

L'état général reste fort mauvais pendant trois semaines; il se fait une eschare au sacrum, puis une autre dans la région lombaire; enfin l'alimentation peut se faire à la fin d'avril, la plaie abdominale est presque fermée et ne laisse sourdre que peu de mucus intestinal, pas de matières. La malade part à la campagne le 26 avril, les forces reviennent rapidement.

OBSERVATIONS D'INCISION SIMPLE

Obs. X. — Femme de cinquante ans; mariée, deux enfants; troubles utérins depuis plusieurs années; douleurs violentes depuis une dizaine de jours, expulsion d'un énorme polype utérin qui séjourne dans le vagin et se sphacèle; le 9 janvier 1893, j'enlève ce polype, je fais le curettage de l'utérus que je désinfecte avec grand soin, mais la fièvre continua les jours suivants, et cette femme était en pleine septicémie. L'examen attentif permet de reconnaître que le petit bassin était rempli par une tuméfaction diffuse immobilisant l'utérus; le ventre était ballonné mais permettait cependant de sentir de la fluctuation dans la fosse iliaque gauche. Ce phlegmon aigu du ligament large gauche fut évacué par une incision faite au-dessus de l'arcade de Fallope et donna issue à une énorme quantité de pus; mais le ventre restait saillant du côté droit où se trouvait une autre collection semblable développée dans l'autre ligament large; une incision inguinale évacue cet autre foyer presque aussi important. Le drainage des deux cavités assura leur évacuation et fut maintenu pendant quatre semaines; la guérison se fit sans nouveaux incidents. Actuellement cette femme est d'une santé très robuste et ne présente aucun trouble utérin.

Obs. XI. — Femme de vingt-deux ans, mariée depuis deux ans, accouchée depuis deux mois, était restée malade après son accouchement avec tous les signes d'un phlegmon du ligament large droit à marche torpide. Les douleurs, et surtout le ténesme rectal devenant très intenses, elle accepta une opération que je crus facile par la voie vaginale, tant la tuméfaction était facile à sentir dans le cul-de-sac droit; elle y formait un véritable croissant entourant le col utérin sur le côté et en avant.

Opération, octobre 1892. — Une incision antéro-latérale sur le col utérin permit d'arriver sur la tuméfaction de consistance très dure; mais en recherchant les rapports de la vessie avec la tumeur à l'aide de la sonde, il fut manifeste que la vessie recouvrait la partie abordable de la tumeur et y adhérait solidement; sous peine de blesser la vessie, il fallut donc abandonner la voie vaginale : après avoir placé un tampon

de gaze iodoformée, séance tenante, je fis une incision inguinale pour aller, sous le péritoine, ouvrir la collection. Il fut ainsi facile de mettre à nu une masse fibreuse résistante, collée à la paroi pelvienne, mais sans trace de fluctuation; je me mis à la recherche de la collection avec l'aspirateur Dieulafoy, mais à trois reprises l'aiguille fit une ponction blanche. Il y avait donc une coque très épaisse avec une toute petite cavité difficile à découvrir. Cette coque avait été un peu lacérée par les coups de trocart, j'espérai que le pus trouverait son chemin par cette voie, et j'attendis; je fis un drainage avec une lanière de gaze iodoformée et je laissai passer plusieurs jours. Le quatrième jour survint un écoulement assez abondant imprégnant dans la nuit tout le pansement; les douleurs avaient disparu en même temps. La convalescence fut assez longue et la marche longtemps pénible. Actuellement cette femme est complètement remise.

OBSERVATIONS D'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Obs. XII. — Femme de vingt-six ans, mariée depuis cinq ans, sans enfant, sans fausse couche; légère vaginite au début du mariage; depuis trois mois, symptômes de pelvi-péritonite débutant subitement au milieu de la nuit; les accidents aigus se calmèrent dans les semaines suivantes, mais l'état local s'aggrava progressivement, les douleurs pelviennes devinrent de plus en plus vives avec de la fièvre, des nausées, des vomissements bientôt incessants. A plusieurs reprises dans le dernier mois, il y eut des évacuations de pus par l'anus, s'accompagnant de douleurs et d'un violent ténesme rectal.

L'examen que je fis alors me permit de reconnaître la présence de deux tuméfactions latérales; celle de gauche, mal délimitée, était probablement la collection ouverte dans l'intestin; celle de droite, au contraire, très tendue, du volume d'une mandarine, était extrêmement douloureuse. L'état général était très mauvais, l'amaigrissement arrivé au dernier degré. La température oscillait autour de 39°. Il faut ajouter encore que l'on avait remarqué pendant plusieurs jours des envies fréquentes d'uriner, des douleurs pendant la miction, et la présence d'un dépôt purulent dans les urines; peut-être y avait-il eu aussi une ouverture de la collection dans la vessie.

La malade était toute disposée à subir l'opération que je lui déclarais nécessaire et urgente; dès le lendemain matin, étant donnée la marche progressive des accidents, je fis la castration utérine que je crus plus indiquée que la laparotomie à cause de la situation basse des collections, à cause des fistules intestinale et probablement vésicale, et malgré l'étroitesse du vagin et surtout de la vulve.

Cette opération fut très laborieuse : le vagin fut dilaté avec le dilatateur anal de Trélat, mais l'utérus ne s'abaissait pas, la vessie et le rectum étaient entièrement accolés à la matrice et furent difficiles à isoler. Enfin du côté droit, après que la majeure partie de l'utérus fut enlevée, une poche purulente donna issue à un grand verre de pus très

fétide; du côté gauche rien ne s'écoula, et le doigt pénétra dans une cavité vide, peu grande, à parois anfractueuses, dont la pince attira quelques lambeaux. Mais il fut absolument impossible de reconnaître ovaires et trompes au milieu de ces débris.

L'examen le plus attentif ne permit pas de sentir d'autre collection. L'opération avait duré plus d'une heure, la malade était fort pâle et affaiblie. Je fis passer plusieurs litres d'eau bouillie dans cette vaste cavité anfractueuse au fond du vagin, où restaient six pinces à demeure.

Je fis un tamponnement à la gaze iodoformée, et l'évacuation de la vessie fut assurée par une sonde à demeure.

Dans les jours suivants, les douleurs dues à la présence des pinces furent d'abord très vives; au bout de quarante-huit heures, ces pinces enlevées, les douleurs disparurent; il n'y avait plus de douleurs pelviennes, plus de nausées ni de vomissements, mais des sueurs profuses, et la température demeura au-dessus de 38°, et le dixième et le douzième jour, elle dépassa 39°; pendant trois semaines, les matières intestinales passèrent par le vagin; il se produisit une eschare au niveau du sacrum, fort douloureuse. Peu à peu tous ces accidents se réparèrent, l'alimentation put se faire d'abord avec du lait, enfin les forces revinrent peu à peu. La convalescence fut longue de trois mois, mais la santé se rétablit complètement, et l'état général devint même meilleur qu'il n'avait jamais été. Si bien que cette jeune femme reprit sa vie active d'autrefois, elle voyagea beaucoup, passa plusieurs semaines à Paris, menant une vie mondaine très fatigante.

Mais ces excès aboutirent vers le mois de janvier dernier à un retour fort inquiétant des douleurs pelviennes; la marche devint impossible, l'appétit disparut, les nausées se firent sentir, et l'amaigrissement fut rapide. La malade, très anxieuse, disait ressentir les mêmes symptômes que ceux qui avaient marqué le début de ses premiers accidents.

Il ne fallut pas moins de cinq semaines d'un repos absolu, avec tous les moyens antiphlogistiques habituels pour amener la résolution de cette poussée inflammatoire caractérisée à l'examen par une tuméfaction douloureuse étendue derrière la cicatrice vaginale.

Actuellement cette jeune femme a retrouvé une santé très bonne.

Obs. XIII. — Femme de vingt-sept ans, ayant eu un accouchement il y a deux ans, mais sans accidents d'infection bien nets.

Quelques mois après cette couche, les douleurs se firent sentir dans le bas-ventre et augmentèrent lentement d'intensité. Au commencement de 1892, l'état général devint mauvais, les douleurs pelviennes plus vives, la marche difficile. La malade partit à Paris, consulta trois chirurgiens très compétents qui eurent trois diagnostics différents et proposèrent une thérapeutique différente. De sorte qu'on attendit que le temps rendît la chose plus claire.

Il y avait, à cette époque, une masse du volume des deux poings, accolée à la face postérieure de l'utérus dont elle semblait faire partie, saillant dans le cul-de-sac postérieur du vagin et surmontant le fond de l'utérus; on sentait bien distinctement deux saillies au-dessus du pubis.

Le tout était très mobile dans le petit bassin, et l'examen des annexes ne laissait pas supposer de lésions à leur niveau.

Tel était encore le résultat de l'examen que je pratiquai vers la fin du mois de mai, et le diagnostic, réduit à ces seuls éléments, eût encore été très difficile, s'il n'y avait pas eu, dans les semaines précédentes, d'abondantes évacuations de pus par le rectum. De sorte que par exclusion, bien que cette tumeur eût tous les caractères d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, je conclus à une collection purulente siégeant dans le cul-de-sac de Douglas, ouverte dans l'intestin, mais dont le point de départ restait indéterminé.

La malade accepta volontiers l'intervention simple que je lui proposai, consistant dans l'incision du cul-de-sac vaginal et le drainage de la collection rétro-utérine.

Cette opération fut faite le 18 juin 1892 et donna issue à un demi-litre de pus. Ce résultat immédiat en fut satisfaisant; quelques semaines suffirent pour obtenir l'oblitération de cette poche et la malade était complètement débarrassée de ses douleurs pelviennes.

Mais sept ou huit semaines étaient à peine écoulées que les mêmes accidents reparurent, les crises douloureuses reprirent plus intenses que jamais, et l'examen fit reconnaître une tuméfaction collée au côté droit de la paroi pelvienne, dans le ligament large et s'étendant en arrière vers le rectum.

Malgré le traitement antiphlogistique des mieux suivi, rien ne put calmer ces accidents, l'état général devint mauvais; l'hystérectomie vaginale fut pratiquée en septembre, sans qu'on vît s'écouler une quantité appréciable de pus.

La convalescence fut assez rapide, sans incident, et cette fois encore le résultat immédiat fut satisfaisant, les douleurs pelviennes disparurent complètement.

Ce résultat n'était malheureusement pas définitif : cette jeune femme avait repris son activité, ses voyages, mais deux mois s'étaient à peine écoulés qu'un retour des douleurs pelviennes remettait tout en question dans les mois de décembre et janvier suivants. Bientôt la situation devint alarmante, la fièvre atteignait 39° tous les soirs, les douleurs étaient intenses et revenaient par crises, empêchant le sommeil et l'appétit, et dans les garde-robes se trouvaient des mucosités abondantes : tous les signes d'un abcès pelvien tendant à s'ouvrir dans le rectum; au toucher le doigt sentait une petite tuméfaction très douloureuse à droite du rectum; après bien des hésitations, nous fûmes trop heureux de voir tous ces accidents menaçants disparaître spontanément et la malade revint aussitôt à la santé et elle fit un voyage dans le Midi.

Obs. XIV. — Femme de quarante-cinq ans, souffrant du ventre depuis plusieurs années; les règles ayant augmenté d'abondance depuis quelques mois, les douleurs pelviennes étaient devenues plus vives; de plus, entre les règles il y avait eu plusieurs petites pertes de sang, à l'examen je trouvai un épithélioma très limité de la cavité cervicale, l'utérus était gros et peu mobile.

Contre ces douleurs et ces pertes, et l'épithélioma étant peu étendu, je proposai l'hystérectomie vaginale, qui fut pratiquée en octobre 1892. L'opération fut laborieuse parce qu'il fut impossible d'abaisser l'utérus, et après sa section médiane on vit que c'était la corne droite qui restait fixée; au moment où les ciseaux en firent la section il s'écoula une grande quantité de pus très épais : il y avait donc une salpingite suppurée à droite, c'est de cette collection pelvienne que cette femme souffrait depuis un certain temps, et c'est contre elle qu'elle avait réclamé une intervention grave, beaucoup plus que contre les pertes peu intenses dues à l'épithélioma du col qui, par lui-même, devait être indolent et dont la malade ne se doutait même pas. Cette femme reprit ses occupations au bout de quatre semaines et est en très bon état actuellement.

Supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes,

Par le Dr Delagénière (Le Mans).

Lors de la discussion sur les suppurations pelviennes au Congrès international de Bruxelles, je communiquai une série de dix-huit laparotomies pour suppurations pelviennes. Les conclusions de cette communication étaient les suivantes :

1° *La laparotomie est moins grave que l'hystérectomie ;*

2° *Les résultats définitifs paraissent devoir être aussi bons dans la laparotomie que dans l'hystérectomie ;*

3° *L'inconvénient de la cicatrice abdominale est moins important que les dangers d'ouvrir la vessie que fait courir l'hystérectomie.*

J'apporte aujourd'hui 8 nouveaux cas qui entraîneront, je pense, la conviction mieux que tout raisonnement induit ou déduit.

Il s'agit, bien entendu, de suppurations pelviennes graves, car le parallèle entre l'hystérectomie vaginale et la laparotomie ne peut être soutenu que dans ces conditions. Dans les cas simples de pyo-salpingites, la laparotomie a fait ses preuves; ses résultats sont constants, excellents, et une intervention indirecte comme l'hystérectomie ne saurait être comparée à une opération directe et complète, comme la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes malades.

Pour les cas compliqués, la laparotomie devient plus grave, et par suite l'hystérectomie paraît plus soutenable. Nous avons traité 4 de nos malades par la laparotomie et 4 par l'hystérectomie.

Voici le résumé succinct de ces 8 observations.

1° LAPAROTOMIES

Obs. XIX. — *Suppurations pelviennes d'origine blennorragique. — Laparotomie; extirpation des pyo-salpingites et évacuation de foyers de pelvipéritonite, nettoyage et désinfection avec sublimé, fermeture sans drainage. — Guérison.*

Femme de vingt-deux ans, opérée le 22 octobre 1892 en présence des Drs de Trolong (de Bernay), Persy et Bolognési (du Mans). Le 28 mars 1893, cette malade me fait donner de ses nouvelles : elle va complètement bien, et n'a jamais rien eu du côté de sa cicatrice.

Obs. XX. — *Suppurations pelviennes, poches très volumineuses remontant au-dessus du pubis jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic, pus dans les selles à plusieurs reprises. Laparotomie, évacuation puis extirpation des poches purulentes et des annexes. Drainage. Guérison.*

Femme de quarante-quatre ans, épuisée. Opérée le 19 janvier 1893 avec l'assistance du Dr Bolognési (du Mans). Revue le 26 mars 1893 en parfaite santé, mais avec une fistule insignifiante entretenue par un fil en voie d'élimination.

Obs. XXI. — *Suppurations pelviennes d'origine blennorragique. — Laparotomie, extirpation des ovaires et des trompes qui sont volumineuses et distendues par du pus, ouverture de plusieurs foyers purulents. Drainage. Guérison sans fistule.*

Femme de trente-sept ans, opérée le 25 janvier 1893 avec l'assistance du Dr Bolognési (du Mans). Cette malade, encore très faible, est cependant très améliorée et sa guérison peut être considérée comme assurée.

Obs. XXII. — *Suppurations pelviennes avec poche très volumineuse remontant dans la fosse iliaque droite.*

Femme de trente et un ans, affaiblie, la malade ayant souvent évacué du pus par le rectum. Le 1er février, en présence des Drs Vincent et Bolognési (du Mans), laparotomie, évacuation d'une poche qui contient 600 grammes de pus fétide, extirpation de cette poche et des annexes, suture de l'utérus dans lequel s'ouvrait une collection purulente, drainage. Choc opératoire, mais amélioration rapide malgré la formation d'une fistule stercorale qui dure un mois et malgré une fièvre scarlatine que la malade contracte le 20 février. Aujourd'hui cette malade est complètement guérie sans fistule.

Cette malade présente un cas en tout semblable à celui de l'obs. IV des hystérectomisées. Le choc opératoire qu'elle présenta fut la raison pour laquelle j'eus recours à l'hystérectomie vaginale pour mon autre malade.

2° HYSTÉRECTOMIES

Observation I. — *Suppurations pelviennes; poche volumineuse à droite; abcès plusieurs fois ouvert dans le rectum. Hystérectomie vaginale totale; ouverture des foyers de suppuration. — Guérison opératoire.*

Femme de trente-deux ans, opérée le 4 avril 1891 en présence des

Drs Bolognési (du Mans), Ledrain (de Loué), Mascarel (de Brûlon) et Vincent (du Mans). Les suites immédiates sont excellentes; amélioration rapide de l'état général; suppression momentanée des douleurs, mais l'écoulement vaginal persiste. Au mois de juin 1891, l'état général s'altère, la malade s'affaiblit, suppure toujours. En juilllet, premiers symptômes de tuberculose pulmonaire. Mort le 24 septembre 1891, cinq mois et demi après l'opération, *perdant toujours du pus par le vagin* et devenue manifestement tuberculeuse.

Obs. II. — *Suppurations pelviennes anciennes avec fistule rectale et fistule vésicale; plusieurs foyers péri-utérins. Hystérectomie vaginale totale. Ouverture de nombreux foyers contenant du pus infect.*

Guérison rapide de la fistule vésicale, mais suppuration constante par le vagin; à deux reprises, formation d'abcès qui s'ouvrent dans le rectum. La malade très améliorée d'abord se cachectise et s'éteint dans le marasme le 15 novembre 1892, moins de deux mois après l'opération. Femme de dix-neuf ans, opérée le 22 septembre 1892 avec le Dr Bolognési (du Mans).

Obs. III. — *Suppurations pelvienes anciennes et épithélioma du col de l'utérus, hystérectomie vaginale totale, ablation des deux trompes et des deux ovaires.*

Mort le troisième jour après l'opération des suites d'une hémorragie occasionnée par le déhanchement d'une pince. Malade de soixante ans, opérée le 14 novembre 1892 en présence des docteurs Leuillieux (de Conlie), Mascarel (de Brûlon), Bolognési et Vincent (du Mans).

Obs. IV. — *Suppurations pelviennes avec poche très volumineuse remontant dans la fosse iliaque droite.*

Femme de quarante-quatre ans, cachectique et affaiblie par une longue suppuration, et ayant à plusieurs reprises évacué du pus par le rectum. Le 14 février 1893, en présence des Drs Bolognési et Vincent, hystérectomie vaginale totale. Ouverture de nombreux foyers purulents, mais la poche volumineuse n'est pas ouverte, il est impossible de l'abaisser et de l'atteindre avec le doigt. Chute de la température, amélioration considérable mais passagère, la température remonte bientôt à 40°.

Le 20 février 1893, six jours après l'hystérectomie, la poche abdominale qui ne s'est pas fait jour par le vagin est incisée et drainée dans le pli de l'aine. Comme précédemment, chute de la température et grande amélioration, mais bientôt la température vespérale monte, la malade s'affaiblit et s'éteint dans le marasme le 7 mars 1893, 21 jours après l'opération.

Nous allons examiner successivement les conclusions que l'on peut tirer de l'étude de ces observations au point de vue de la gravité opératoire, puis à celui des résultats définitifs.

Nos 18 observations du Congrès de Bruxelles et nos 4 cas nouveaux nous donnent 1 mort opératoire seulement, soit $\frac{1}{22}$ ou 4,5 0/0. Si à cette mortalité minime nous opposons celle de

l'hystérectomie vaginale, non d'après nos cas personnels, trop peu nombreux, mais d'après les statistiques de M. Segond lui-même, nous trouvons 11 morts sur 102 cas [1], soit environ 10, 7 0/0. Ajoutons encore, comme nous l'avons déjà fait remarquer, que cet auteur tient aussi compte dans ses statistiques des cas d'hystérectomies pratiquées pour des lésions *non suppuratives des annexes*. C'est ainsi que dans sa première série de 23 cas nous trouvons 7 hystérectomies pratiquées en dehors de toute suppuration pelvienne. Or, ces 7 malades ont guéri tandis que les 4 morts de la série ont porté sur des cas suppurés. De sorte que si nous retranchons ces 7 cas de la série nous trouverons 4 morts sur 16 opérations! soit 25 0/0.

Ces considérations statistiques démontrent avec toute évidence la supériorité de la laparotomie en tant que résultat opératoire.

Comparons maintenant les deux méthodes au point de vue des résultats définitifs. Pour ce qui a trait à mes 8 nouvelles observations, toute discussion est impossible. Mes 4 laparotomisées sont actuellement en vie, toutes guéries ou en voie de guérison prochaine, tandis que mes 4 hystérectomisées sont toutes mortes aujourd'hui. Il est vrai que deux d'entre elles ont quitté la maison de santé très améliorées et auraient pu être citées comme guéries opératoirement dans nombre de statistiques, mais leur amélioration ne fut que passagère et elles ne tardèrent pas à succomber, l'une cinq mois et demi, l'autre deux mois après l'opération. Enfin la troisième qui survécut à l'opération n'eut même pas le temps de quitter la maison de santé et mourut 3 semaines après son intervention.

Ces mauvais résultats tenaient-ils à la gravité des cas opérés? Nous ne savons pas, mais nous ferons remarquer que nos 4 cas traités par la laparotomie étaient tout aussi graves et absolument comparables. Étaient-ils dus à notre inexpérience personnelle? Mais nous possédions la pratique de l'hystérectomie vaginale pour les cas de cancer et nous avions vu opérer MM. Péan et Segond. Nous ajouterons enfin que, sauf pour notre dernier cas *où il nous a été impossible d'atteindre une poche suppurée très élevée*, l'opération nous a paru d'une exécution plutôt facile. Nous en étions donc arrivé, par voie d'élimination, à incriminer l'opération elle-même, c'est-à-dire l'hystérectomie. Opinion qu'est venu confirmer le fait suivant : il s'agit d'une malade opérée par M. Segond et qui vint me consulter le 14, le 20 et le 25 mars.

Cette femme, la nommé G... Eugénie, âgée de 26 ans, fut opérée par M. Segond à la clinique Bandeloque, le 1er juillet 1891. Elle

1. Voir *Sem. méd.*, 1892, p. 370.

nous apprend avec une grande précision qu'on lui a enlevé l'utérus qui contenait une tumeur fibreuse ainsi que les deux ovaires et les deux trompes. A la suite de cette opération elle perd beaucoup de pus par le vagin. Cet écoulement purulent cesse au bout de deux mois et la malade semble retrouver la santé. Cependant à certains moments elle avait, dit-elle, des pertes blanches et restait très affaiblie.

Vers le mois d'avril 1892, elle est prise de douleurs abdominales vives, analogues à celles qu'elle ressentait autrefois au moment de ses époques. Ces douleurs durent 2 ou 3 jours, mais reprennent le mois suivant avec une intensité plus grande. Depuis cette époque, la malade n'a pas cessé de souffrir chaque mois davantage, au point d'en être réduite à garder le lit plusieurs jours chaque fois. L'examen local, fait avec soin, permet de sentir dans la région ovarienne droite une petite masse douloureuse à la pression et qui est le point de départ des douleurs accusées par la malade.

Voyons maintenant les résultats éloignés de nos 17 premières laparotomisées.

Nous avons pu en retrouver 16. La dernière (obs. VIII[1]) a été perdue de vue.

Sur ces 16 malades l'une est morte de tuberculose pulmonaire sept mois après l'opération (obs. XI); les 15 autres sont en vie actuellement :

13 complètement guéries (obs. II, III, IV, V, VI, IX, X, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII);

L'une, très améliorée par l'opération, conserve des douleurs abdominales de temps en temps, mais son état s'améliore tous les jours, de sorte que chez elle la guérison paraît assurée (obs. XVII);

La dernière (obs. VII) est guérie au point de vue anatomo-pathologique, mais elle est restée neurasthénique et en somme n'a pas tiré de l'opération tous les avantages désirables. Deux de nos malades (obs. II et V) présentent une éventration.

Nous terminons en faisant observer que la guérison se fait parfois assez longtemps attendre après la laparotomie. Les malades conservent pendant quelque temps encore des douleurs dans le ventre, et un état général médiocre, mais elles marchent progressivement à la guérison définitive, surtout si on les aide par un traitement approprié. C'est ainsi que notre obs. III n'a été complètement rétablie que 16 mois après son opération, et que

1. Ces numéros se rapportent aux numéros d'ordre des observations que l'on trouvera relatées en résumé dans le vol. du *Congrès de gynécologie de Bruxelles*, 1892.

notre obs. XVII n'est pas encore guérie complètement 9 mois après.

Ce fait mérite d'attirer notre attention afin de ne pas considérer *comme des échecs des* résultats d'abord incomplets et qui seront *parfaits dans la suite.* C'est peut-être pour l'avoir méconnu que *certains partisans de l'hystérectomie* se sont peut-être trop hâtés *de pratiquer l'extirpation* de l'utérus à des femmes laparotomisées *et souffrant encore* dans l'abdomen.

Comme conclusion de ce travail, nous n'avons donc qu'à affirmer celles que nous avons proposées au Congrès de Bruxelles.

1° La voie abdominale pour les cas de suppurations pelviennes est la voie de beaucoup la plus sûre.

2° Les résultats définitifs de la laparotomie sont incomparablement supérieurs à ceux de l'hystérectomie.

Sur le traitement des suppurations pelviennes (*Résumé*),

Par le Dr S. Pozzi, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les gynécologistes se divisent en deux camps, en France, relativement au traitement des lésions inflammatoires des annexes en général, car les lésions suppurées n'ont, on peut le dire, servi que de prétexte à un débat bien plus étendu. Les uns, à la suite de M. Péan, posent comme règle l'hystérectomie toutes les fois que la lésion leur paraît bilatérale. Les autres considèrent cette opération comme exceptionnelle. Telle est ma manière de voir. Je suis arrivé à faire une part à l'hystérectomie que j'ai d'abord combattue sans réserve, afin de m'opposer à un engouement que je croyais excessif et dangereux.

Les résultats que j'ai obtenus montrent à la fois l'excellence de la laparotomie comme traitement des lésions des annexes, et le succès de ma technique. Voici les chiffres portant sur la totalité des laparotomies pour lésions des annexes qui ont été faites dans mon service de Lourcine-Pascal, au cours des deux dernières années, de février 1891 à février 1893 (en y comprenant 30 opérations pratiquées pendant les vacances par M. Picqué). Il a été fait 162 laparotomies pour lésions inflammatoires bilatérales des annexes, savoir : 99 pour lésions non suppurées avec 99 guérisons, et 63 pour lésions suppurées, avec 58 guérisons et 5 morts. Si nous réunissons tous ces cas — qui auraient dû être, pour nos contradicteurs, traités par l'hystérectomie vaginale — nous trouvons 162 laparotomies avec 157 guérisons, soit une mortalité

de 3,09 0/0. Et si nous mettons à part, comme on doit toujours le faire, les lésions suppurées, nous trouvons pour ces 63 cas 5 morts, soit 7,93 0/0.

J'ai voulu séparer ces deux dernières années, écoulées depuis l'apparition et la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale pour les lésions des annexes.

Cela me permettra de montrer la part que j'attribue comparativement à cette opération. En effet, voici le nombre des hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées dans ce même laps de temps. En 1891, j'ai fait cette opération 8 fois; en 1892, seulement 6 fois : au total, 14 hystérectomies toutes guéries. Ainsi, sur 176 malades opérées pour des lésions inflammatoires des annexes, je n'ai trouvé que 14 fois, c'est-à-dire environ 8 fois 0/0, l'indication de l'hystérectomie.

Je restreins donc considérablement le champ de cette opération. Cependant je la considère aujourd'hui comme une ressource précieuse dans les conditions suivantes, que je vais brièvement résumer :

1° Suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable.

2° Lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici l'ancienneté des lésions est une considération capitale, ainsi que les poussées successives de pelvipéritonite. Il ne faut pas se hâter de diagnostiquer des adhérences invincibles, et l'on doit aussi se mettre en garde contre les notions fausses qui peuvent résulter de l'examen de la malade pendant une poussée aiguë, où l'œdème des parties profondes fausse tout à fait l'appréciation exacte des lésions.

3° Fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curettage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus. Il ne faut pas croire que ces faits prouvent la supériorité de l'hystérectomie sur la laparotomie, car, inversement, j'ai dû ouvrir le ventre pour extirper des annexes suppurées qui entretenaient une fistule après une hystérectomie.

4° Persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper : c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire. On pourrait croire que l'hystérectomie est ici supérieure à la laparotomie; il n'en est rien. J'ai dû faire parfois des laparo-

tomies secondaires ou complémentaires après des hystérectomies faites d'emblée pour lésions des annexes contre lesquelles elles avaient été impuissantes.

En résumé, la laparotomie reste, pour moi, la règle; je la crois plus efficace et moins grave. L'étude des résultats éloignés tranchera, je crois, le premier point quand nous aurons une expérience un peu plus longue : les hystérectomistes ne jouiront pas indéfiniment du bénéfice de la nouveauté de leur opération. Quant à la gravité immédiate, elle est dejà justiciable de l'examen des chiffres. J'ai donné ma statistique durant les deux dernières années seulement par une sorte de courtoisie scientifique et ne voulant pas dépasser la période où mes contradicteurs pouvaient me suivre. Mais si pourtant je joins à ces chiffres ceux de l'année précédente (février 1890 à février 1891), j'aurai un total qui donnera une plus complète idée de mes résultats opératoires. Durant cette année, en effet, ma technique a été la même. Or, voici mes résultats, à l'hôpital, en y comprenant 8 opérations de M. le docteur Picqué :

46 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes, dont 27 pour lésions non suppurées et 19 pour lésions suppurées. Aucune mort, 46 guérisons.

En réunissant les trois années, j'ai donc comme statistique intégrale, dans ma pratique hospitalière, pour cette période triennale : 208 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes avec 5 morts, soit 2,40 0/0 de mortalité.

Ces opérations se décomposent comme suit :

126 laparotomies pour lésions non suppurées sans une seule mort, 82 laparotomies pour lésions suppurées avec 5 morts, soit une mortalité de 6,09 0/0.

Je ne crois pas que l'hystérectomie vaginale, qui eût cependant pu être légitimement appliquée à tous ces cas par ses partisans, eût donné des résultats comparables.

Un mot maintenant sur ma technique opératoire dans la laparotomie. Elle diffère beaucoup de celle de M. Terrier et de ses élèves. J'attache une importance majeure au tact, accessoire à la vue. Par suite, j'opère à l'aide d'une petite incision de 5 à 6 centimètres, permettant l'introduction de quatre doigts ou de la main entière. Je m'oriente sur le fond de l'utérus. Je recherche les annexes ou la tumeur qu'elles forment et le *plan de clivage* qui sépare la tumeur des parties auxquelles elle adhère. Je détache hardiment toutes les adhérences pariétales; si je sens des adhérences intestinales de quelque résistance, j'attire à l'extérieur l'anse et la tumeur pour les disséquer à l'aide de ciseaux et en faisant l'hémostase au thermocautère, sous mes yeux. Cela m'est

arrivé plusieurs fois sans le moindre accident. Je ne me sers que très exceptionnellement de la position déclive. Je fais parfois le lavage du péritoine et le drainage à la gaze iodoformée quand je crains un suintement sanguin tardif. Si je redoute une véritable hémorragie, je fais le tamponnement de Mikulicz, que j'emploie aussi, après lavage, s'il y a eu souillure du péritoine par l'effusion des matières septiques.

Quant à la suture de la plaie abdominale, je suis heureux de voir M. Terrier adopter celle que j'ai décrite et préconisée dès 1887, à la Société de chirurgie, à une époque où tous les chirurgiens en France se bornaient à la suture en masse au fil d'argent. Qu'il me soit permis de revendiquer cette modeste priorité, comme celle de l'abandon total des éponges, que j'ai remplacées dès lors par des compresses de gaze aseptique, aujourd'hui généralement employées. Depuis que je fais ma suture à plans superposés des parois abdominales, je n'ai jamais eu d'éventration et mes cicatrices, courtes et très résistantes, sont presque invisibles. On ne peut donc y voir un réel inconvénient pour la laparotomie.

P. MICHAUX (de Paris). — Vous venez d'entendre les défenseurs les plus éminents de la laparotomie pour suppurations pelviennes; en l'absence des maîtres de l'hystérectomie vaginale dans les mêmes conditions, je demande à prendre la défense de cette opération que j'ai pratiquée vingt-cinq fois avec des résultats excellents, bien supérieurs à ceux que m'avait donnés la laparotomie. — 2 morts seulement dont une par néphrite concomitante.

La comparaison que demandait M. Terrier est faite d'ailleurs dans une thèse qui va être soutenue prochainement par M. Lafourcade, interne du service de M. Labbé que j'ai l'honneur de suppléér.

M. Lafourcade a réuni 375 cas de suppurations pelviennes traitées par l'hystérectomie, appartenant à divers chirurgiens, non comprises les 150 opérations de M. Péan.

La mortalité pour ces 375 hystéréctomies est de 34, soit 8,66 pour 100.

La laparotomie dans les mêmes cas (?) et pour les mêmes chirurgiens, donne pour 396 cas 58 morts, 15 pour 100 de mortalité. Je sais que les statistiques ne disent pas toute la vérité, mais celle que je viens de vous citer me semble singulièrement éloquente, elle se passe de tout commentaire.

De quelques indications du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. — Malades soumis à la méthode sclérogène,

Par le D[r] LANNELONGUE, Professeur à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les fonctions d'un président exigent de sa part la plus grande réserve et c'est pour cela que je me suis peu mêlé aux discussions cette année. Néanmoins je tiens à vous montrer de nombreux exemples de malades traités, quelques-uns depuis déjà près de deux ans, par la méthode sclérogène; vous en apprécierez les résultats. Je ne me bornerai pas seulement à vous faire voir les sujets atteints de tuberculose du pied, quoique ceux-ci vous intéressent cette année un peu plus, la question ayant été mise à l'ordre du jour.

Les nombreuses communications faites sur la tuberculose du pied ont surtout mis en relief les résultats obtenus par la résection, par la résection méthodique et délibérée de l'astragale en particulier dans les ostéo-arthrites tuberculeuses tibio-tarsiennes. Certainement les résections plus ou moins étendues combinées à l'extirpation des fongosités et jusqu'à l'amputation sont des opérations utiles, nécessaires même dans certains cas, mais j'estime que ce n'est pas en abordant d'emblée les résultats obtenus par ces opérations, comme on l'a fait presque exclusivement dans la tuberculose du pied, qu'on a traité le sujet. A mon sens on ne l'a pas abordé par son côté légitime et on n'a envisagé le problème que sous un point de vue restreint. On ne s'est pas occupé même d'établir les indications des opérations pratiques; et pourtant avant de savoir quel est le traitement réclamé par une pneumonie au huitième jour il est bon d'essayer de conjurer les accidents durant le premier septenaire. L'indifférence à l'égard du traitement des premières phases des ostéo-arthrites tuberculeuses est en vérité trop grande, et alors qu'on sait que le mal est infectieux, qu'il se propage de proche en proche en détruisant successivement les tissus, qu'il détériore l'organisme soit par le fait du bacille soit par le fait des poisons fabriqués par lui, on perd véritablement un temps précieux pendant lequel on devrait faire les plus grands efforts pour obtenir la guérison.

Et alors qu'on a devant soi des mois, des années même, on se borne le plus souvent à une thérapeutique tellement peu active qu'elle est à peu près stérile. Cependant l'évolution du mal fournit les indications les plus utiles sur les moyens qu'on doit opposer à la propagation tuberculeuse. Dans l'immense majorité des cas, les tuberculoses chirurgicales des os et des articulations, ainsi que celles de la continuité des membres, ont une marche lente; les

foyers initiaux, en général petits et circonscrits au début, ne progressent que peu à peu et on a bien souvent sous les yeux, durant de nombreux mois, l'exemple d'une affection limitée à la région articulaire, ne se compliquant que tardivement d'abcès tuberculeux. Dans les premiers temps la synoviale n'est même que partiellement prise par des fongosités peu épaisses.

Or personne actuellement ne songe à réséquer dans cette première phase et d'ailleurs les malades et surtout les familles des jeunes sujets ne s'y soumettraient pas. De plus, la pratique hospitalière montre les faits les plus regrettables. Un certain nombre de médecins appelés à soigner les ostéo-arthrites tuberculeuses des membres inférieurs, le mal de Pott, laissent marcher leurs malades jusqu'à ce que ces malheureux sujets soient dans l'impossibilité de le faire, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils soient déformés avec un genou angulaire, une hanche subluxée, un pied équin, une énorme gibbosité, etc. D'autres, plus avisés et plus soigneux, immobilisent les malades en même temps qu'ils ont recours à la révulsion, à la compression. Mais souvent les patients améliorés d'ailleurs se croient guéris et délaissent le traitement commencé.

Pour ces diverses raisons, j'ai tenu à formuler quelques règles du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires en général, avant de vous montrer sur un grand nombre de malades les résultats obtenus par la méthode sclérogène.

La région occupée par une tuberculose chirurgicale ostéo-articulaire doit être condamnée à un repos absolu durant toute la durée de l'affection. Cela revient à dire qu'on doit empêcher de marcher les sujets affectés de tuberculose des membres inférieurs, du rachis, du sacrum et quelquefois du bassin. A la hanche, au rachis et au genou même, on fera l'immobilisation à l'aide de l'extension continue; ailleurs, on immobilisera simplement la région. La même règle s'applique aux sections du membre supérieur atteintes de tuberculose. Mais le repos, que je considère comme nécessaire pendant toute la durée du mal, n'est pas un moyen curatif. Il ne saurait avoir, en effet, une action efficace sur les bacilles placés dans la profondeur des tissus; toutefois, en supprimant le mouvement dans les parties atteintes, il décongestionne les tissus et empêche les irritations locales qui paraissent très favorables à la pullulation des bacilles.

La résistance des tissus devient plus grande et leurs éléments parviennent alors plus aisément, par phagocytose ou autrement, à se débarrasser du bacille. Le repos devient ainsi, pour la guérison, un auxiliaire puissant des autres moyens curatifs; je renvoie pour plus de détails à ce que j'en ai dit dans mes ouvrages sur la tuberculose vertébrale, la coxotuberculose, etc., etc.

Je ne m'arrêterai pas sur les autres traitements locaux indirects, comme la révulsion avec ses nombreux procédés, la compression, et j'ai hâte d'en arriver aux moyens que je crois les plus convenables et les plus sûrs durant la phase clinique qui m'occupe ainsi que dans les périodes plus avancées du mal. Je suis absolument convaincu qu'on doit recourir à un traitement agissant directement sur les tissus tuberculeux et que lui seul a quelque chance d'amener la guérison. C'est pour cela que je viens parler à nouveau de la *méthode sclérogène,* non pas pour la décrire, mais uniquement en vue de la présentation des malades que vous m'avez prié de faire venir au siège du Congrès pour les examiner vous-mêmes. Les sujets qui ont été traités et que je suis avec sollicitude depuis l'origine du traitement étaient venus à l'hôpital, les uns avec des abcès, des fistules, d'autres sans suppuration, presque tous à une période assez avancée, presque tous à six mois au moins du début reconnu du mal; quelques-uns étaient dans un état véritablement grave, réclamant soit de larges résections, soit même l'amputation. Je ne vous ferai pas le bilan de ces sujets; il en est venu vingt-six et hier à l'hôpital il y en avait plus de quarante qui s'y étaient rendus aussi pour se faire voir.

On compte aujourd'hui huit ostéo-arthrites tibio-tarsiennes; cinq du genou; trois du coude; une du poignet. Ces affections, toutes tuberculeuses, étaient à des phases différentes : les unes ne suppuraient pas; d'autres présentaient des abcès non ouverts communiquant ou non avec la jointure; dans un troisième groupe, on trouvait en plus des fistules.

Les résultats sont les mêmes dans tous ces cas; chez tous les sujets, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, le tissu fongueux est transformé en un tissu fibreux plus ou moins épais suivant la date du traitement. Il y a, en effet, quelques malades, ceux qui sont le plus anciennement traités, chez qui la synoviale a repris ses caractères primitifs, c'est-à-dire est devenue souple et celluleuse. Voici en particulier un genou et un coude guéris depuis dix-huit mois avec l'intégrité des mouvements, et à l'examen des articulations on ne pourrait pas aujourd'hui reconnaître que les synoviales ont été fongueuses. Il suffit de regarder les moules de ces jointures avant le traitement pour voir quel était le degré de l'épaississement des synoviales.

J'ai fait venir avec intention deux sujets traités pour deux ostéo-arthrites tibio-tarsiennes, l'un il y a un mois, l'autre il y a huit jours.

Chez le premier, la transformation est à peu près accomplie; il n'y a plus de gonflement ni de réaction, la synoviale est partout épaisse et dure, surtout sous les gouttières placées entre le

tendon d'Achille et les malléoles. Chez le second sujet, le cou-de-pied est assez gonflé encore; il y a des dilatations veineuses autour de la jointure, mais on sent aussi la dureté profonde des fongosités, ce qui indique que la transformation est en voie de se faire. La température est normale, elle n'a monté que de quelques dixièmes le premier et le deuxième jour.

Un certain nombre de ces petits malades (le plus âgé a 17 ans et le plus jeune, atteint d'une arthrite du cou-de-pied, a dix-huit mois) vous montrent des cicatrices depuis longtemps fermées, et d'autres, encore en cours de traitement, ont des trajets fistuleux en voie de réparation et de fermeture. Tous ces sujets ont eu des suppurations tuberculeuses; on les a ouvertes et on a en même temps extirpé un foyer osseux, raclé une surface dénudée, fait en un mot toute une série de petites résections. Chez quelques-uns on a dû y revenir plusieurs fois avant d'obtenir la guérison; mais on remarque que ces opérations sont limitées et ne s'adressent qu'à la portion d'os atteinte, il y a loin de là aux grandes résections délibérées.

Il en résulte que dans tous les cas la forme générale des parties est conservée. Tantôt elle est restée la même et si le mouvement de la jointure est intact, le résultat est parfait; vous pouvez en voir quelques exemples au genou, au coude, au cou-de-pied, etc. Tantôt la forme est un peu altérée par la rétraction cicatricielle, une résection partielle, mais en général, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte, elle est peu atteinte.

Le mouvement articulaire reste ce qu'il était au moment où on a commencé le traitement, c'est-à-dire pratiqué les injections : fait important et qui se conçoit ; car on agit en dehors de la jointure, à la surface externe de la synoviale. Il n'y a donc aucun motif pour que les mouvements soient diminués.

Dans un certain nombre de cas, lorsque la synoviale revient à son état celluleux, le mouvement devient encore plus étendu, et une articulation peut retrouver toute sa mobilité. — Je ne saurais fixer l'époque où on doit permettre aux malades de quitter leurs appareils pour marcher lorsqu'il s'agit de tuberculoses des membres inférieurs, ou se servir de leurs membres supérieurs. Lorsqu'on juge que la transformation est entièrement accomplie, qu'il n'y a pas eu trace de complication, qu'il n'y a plus aucune sensibilité dans la jointure, que les sujets mis hors de leurs appareils se sont exercés eux-mêmes aux mouvements dans leurs lits, que l'articulation a retrouvé un aspect comparable à celui d'une articulation saine, je laisse les sujets libres d'essayer la marche, avec ou sans béquilles selon les cas. Cela suppose toujours plusieurs mois de séjour dans un appareil ou au lit depuis les injections; mais je

tiens à dire que je ne pousse jamais les malades à se lever; je ne les laisse marcher qu'après avoir reconnu que le mouvement de la partie ne réveille aucune sensibilité et lorsque tout porte à croire à la guérison, aussi bien la manière dont s'accomplit la marche que l'examen articulaire. Presque toujours je recule le moment de la marche et je retiens les sujets autant que je peux, persuadé que je suis que la consolidation de la guérison se fait d'autant mieux qu'on ne la contrarie par aucun incident nouveau. Je ne vois aucun intérêt à venir dire que la guérison a eu lieu dans un temps relativement court et je vois, au contraire, toutes sortes d'avantages à procéder avec prudence.

Chez les sujets qui ont subi après les injections des opérations complémentaires, ouvertures d'abcès, grattages osseux, ou petites résections, il se produit avec le temps un état des cicatrices qui était nouveau pour moi. Les cicatrices subissent une rétraction profonde parfois sur une étendue de plusieurs centimètres; elles sont nettes d'ailleurs quoique très enfoncées. Cet enfoncement n'est pas gaufré, il est plutôt linéaire; il n'est pas non plus toujours en rapport avec les os, mais bien avec les tissus mous profonds, devenus l'objet d'un tassement par suite de leur transformation en tissu fibreux, c'est-à-dire en tissu cicatriciel. On n'y remarque pas non plus les amincissements ou les inégalités des cicatrices tuberculeuses. Les cicatrices provenant des injections sont épaisses et denses, au moins pendant un certain temps.

Enfin je ne reviendrai pas sur les récidives, m'étant suffisamment expliqué à ce sujet au dernier congrès. Je vous montrerai seulement une tumeur blanche du poignet, guérie depuis plus d'un an maintenant avec des mouvements; le cas était fort grave. Le malade a depuis quelque temps une récidive qui consiste dans un petit abcès tuberculeux du dos de la main, non adhérent aux os. Cela veut dire qu'une colonie de bacilles, échappée sans doute au traitement, a amené cet effet. Et le mal est resté limité au milieu du tissu fibreux de la synoviale et des gaines transformées, parce que le tissu fibreux est sinon réfractaire, du moins peu favorable au développement des fongosités. C'est sous cette forme de lésions circonscrites et par conséquent très facilement curables que se montrent en général les récidives et j'ai été heureux de vous en présenter un exemple.

Avant d'opérer devant vous un sujet atteint d'ostéo-arthrites du cou-de-pied je vous rappellerai ma technique. Sauf pour quelques régions exceptionnelles, le doigt par exemple, je ne me sers plus que de solutions au 1/10 et j'en dépose quatre gouttes environ sur un point déterminé. Un fait sur lequel je n'étais pas

fixé dans les premiers temps est la tolérance locale des tissus et même des organes pour des doses considérables de solutions fortes. Aussi actuellement je cherche autant que possible à obtenir la transformation totale de la synoviale en une seule séance et j'y arrive presque toujours chez les enfants. Je cherche donc à ne plus pratiquer en les multipliant qu'une seule série de piqûres en une séance. Ainsi j'injecte soixante à quatre-vingts gouttes autour de la synoviale fongueuse du genou d'un enfant de huit à dix ans, quarante à cinquante gouttes autour du cou-de-pied d'un enfant de six à dix ans.

Le lieu d'élection des injections est la région des culs-de-sac de la synoviale à leur point de jonction avec les épiphyses, c'est-à-dire à la surface même du périoste ou au-dessous de lui ; on fait ainsi sur la cuisse un demi-cercle de piqûres au-dessus des fongosités de la synoviale du genou.

En terminant, j'appellerai spécialement l'attention des membres du congrès sur la série des malades guéris uniquement par le fait des injections. Ces faits sont démonstratifs, aucune opération n'ayant été faite, aucun autre traitement n'ayant été employé; on y trouve des sujets atteints d'ostéo-arthrites du genou, du cou-de-pied, du coude. Pour quelques-uns d'entre eux, les résultats sont les meilleurs qu'on puisse obtenir, puisque l'articulation a retrouvé sa forme et ses fonctions; pour les autres, le traitement a au moins conservé des mouvements de la jointure ce qu'elle en avait au moment où on l'a appliqué et il a rétabli la forme. Je crois donc qu'à l'heure actuelle on ne peut mieux faire.

Application de la méthode sclérogène à la luxation congénitale de la hanche. — Je viens montrer aux membres du Congrès une malade atteinte de luxation congénitale de la hanche unilatérale et qui a été soumise au traitement il y a plus d'un an maintenant. Le fait a été communiqué à la Société de chirurgie, mais je ne pouvais alors que communiquer les premiers effets du traitement. La luxation était en arrière; c'est d'ailleurs à cette variété, combinée aux déplacements en haut ou en bas, que peut seulement s'appliquer la méthode. Je rappellerai en deux mots le procédé. Il consiste à injecter dans la fosse iliaque externe du chlorure de zinc (solution au dixième); le liquide doit être déposé sur l'os lui-même, immédiatement au-dessus du point qu'atteint la tête lorsqu'elle se déplace. Je fais ainsi une série de piqûres, quinze à vingt pour un enfant de cinq ans, et par chacune d'elles je dépose trois ou quatre gouttes au moins. Ces piqûres sont étagées au-dessus du grand trochanter, en partant en avant du niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure et en se terminant en arrière du bord postérieur

du trochanter, au-dessus de la gouttière du grand sciatique qu'il faut éviter de léser. On suit une demi-circonférence autour de la partie supérieure du grand trochanter et, je le répète, l'aiguille doit être enfoncée à travers les muscles jusqu'à l'os iliaque. Je fais d'habitude au-dessus de cette demi-circonférence une seconde série de piqûres parallèlement aux précédentes, de manière à renforcer les productions néoplasiques sur une certaine étendue de la fosse iliaque.

Sur quatre malades traités comme je viens de le dire, je n'ai eu recours qu'à une séance d'injections, mais les résultats sont trop récents pour mériter d'être consignés.

Sur la fillette âgée de cinq ans, anciennement traitée, vous constaterez que le traitement a amené une modification importante dans l'attitude du sujet pendant la marche. Au lieu du déhanchement si caractéristique et qui était assez prononcé chez elle, il y a une démarche beaucoup plus naturelle. L'enfant ne marche plus comme le canard, mais comme un coxalgique au début lorsque la hanche est immobilisée par la contracture musculaire seulement.

L'enfant a la hanche raide, selon l'expression de M. Broca, qui a examiné la malade avec moi à diverses reprises; elle boite un peu, mais en s'observant elle arrive à dissimuler presque entièrement sa claudication.

En somme, il y a un résultat des plus satisfaisants; je vous soumettrai au prochain congrès les malades plus récemment opérés afin d'arriver à un jugement exact sur la valeur de ce procédé.

Pathogénie du lymphadénome (*Résumé*),

Par le Professeur Verneuil (de Paris).

Bien qu'on ne sache encore rien de précis sur la nature du lymphadénome, j'ai vu trois malades dont l'observation m'a cependant permis de formuler une hypothèse sur la pathogénie de cette affection.

Le premier de ces malades avait un père rhumatisant et une mère morte de tuberculose. Lui-même avait au cou des masses ganglionnaires énormes.

Mon second malade avait un lymphadénome cervical d'origine amygdalienne. Il était manifestement arthritique et portait des traces de scrofule.

Le troisième, enfin, également porteur d'un lymphadénome cervical, avait eu à plusieurs reprises des attaques de rhuma-

tisme; en outre, dans son enfance, il avait eu des chapelets ganglionnaires et sa mère était morte de tuberculose.

Aussi ai-je pensé que le lymphadénome pouvait bien n'être qu'un produit hybride de la scrofule et de l'arthritisme.

Quelques points relatifs à l'opération de l'uranostaphylorrhaphie (*Résumé*),

Par le Dr LE DENTU, Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

J'ai traité trente divisions accidentelles ou congénitales du voile du palais, parmi lesquelles 7 opératoires ou accidentelles, et 23 congénitales. Sur celles-ci, 17 ont été traitées jusqu'au bout et m'ont donné 17 guérisons.

Tous les malades ont été opérés en une ou plusieurs séances.

Dans 1 cas, j'ai eu une hémorragie; 2 fois des gangrènes partielles qui ont entravé le cours de la guérison; 3 fois j'ai observé des désunions partielles : celles-ci souvent se réunissent ensuite d'elles-mêmes. J'ai vu aussi se produire un autre incident : un des lambeaux s'étant détaché, j'ai appliqué immédiatement deux points de suture.

Au point de vue opératoire, il y a quelques détails sur lesquels je veux insister. Le prognathisme est souvent gênant pour l'opération et, aujourd'hui, je commence par fermer la fissure antérieure avant de m'occuper du voile du palais. La section du vomer permet l'affaissement de l'os intermaxillaire, et c'est seulement lorsque celui-ci s'est replacé au niveau des maxillaires qu'il faut s'occuper du voile.

Pour la réunion du voile du palais, l'incision libératrice doit continuer la dernière molaire et être assez longue pour qu'on puisse largement décoller la muqueuse.

Traitement de la rétraction de l'aponévrose palmaire par la transplantation d'un lambeau pédiculé emprunté au tronc (autoplastie par la méthode italienne),

Par le Dr PAUL BERGER, Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Des nombreux procédés institués pour combattre et guérir la rétraction de l'aponévrose palmaire, il n'en est point qui n'expose dans une certaine mesure aux récidives. Celles-ci tiennent en

effet à des conditions dont on ne semble pas s'être suffisamment préoccupé dans la détermination du plan opératoire; les plus importantes de ces conditions sont :

1° La diffusion des lésions inflammatoires qui produisent la rétraction de l'aponévrose; celles-ci, parfaitement étudiées par Langhans, procèdent par foyers disséminés qui siègent non seulement dans les faisceaux de l'aponévrose, mais dans les tissus adjacents, et particulièrement dans le tissu cellulaire environnant. Ces lésions inflammatoires paraissent tirer leur origine des gaines périvasculaires des artères. C'est aux dépens de ces foyers de prolifération nucléaire que se forment les tractus fibreux nouveaux auxquels est due la flexion permanente des derniers doigts.

2° L'intime adhérence de l'aponévrose palmaire à la peau dans une partie de l'étendue des lésions. Quoique la peau elle-même ne soit pas rétractée, elle fait corps avec l'aponévrose en des points qui sont indiqués par les enfoncements que présentent à ce niveau les téguments; au cours de l'opération on est donc exposé soit à perforer la peau, soit, en cherchant à la ménager, à laisser subsister un certain nombre de points atteints par le processus inflammatoire chronique et capables de devenir le point de départ d'une nouvelle évolution pathologique aboutissant aux mêmes déformations que la première.

Pour se mettre dans les conditions les plus favorables à une guérison définitive, il faut donc remplir les indications que voici :

Découvrir le plus largement possible toute la partie de l'aponévrose palmaire qui est atteinte par les modifications inflammatoires;

Exciser d'une manière complète cette aponévrose dans toute l'étendue de la région malade, en comprenant dans cette excision tous les tractus qui pourraient être ultérieurement atteints par les mêmes lésions et qui pourraient devenir la cause d'une rétraction secondaire;

Ménager, pour recouvrir la plaie, un tégument souple, mobile, pourvu de tissu cellulaire sous-cutané et qui ne soit pas exposé à se rétracter.

Les opérations même les plus récemment préconisées ne semblent pas répondre suffisamment à ces indications. On avait depuis longtemps abandonné l'incision simple, sous-cutanée ou pratiquée à découvert des brides qui maintiennent la rétraction : Busch et Madelung, pour pratiquer la division de ces brides d'une manière plus complète, ont eu recours à la dissection d'un lambeau cutané permettant de recouvrir les parties fibreuses sous-jacentes et d'en opérer la section.

Depuis lors, Kocher (de Berne) a préconisé l'extirpation com-

plète de toute la partie de l'aponévrose qui est le siège de la rétraction au moyen d'une incision longitudinale de la peau, incision que l'on peut transformer en une incision en H ou en T en faisant tomber sur elle des incisions adjuvantes, ainsi que l'a proposé M. Terrillon.

Quel que soit celui de ces procédés auquel on ait recours, on n'échappe pas à l'inconvénient que je viens de signaler et l'on s'expose, en voulant ménager la peau, à faire une opération incomplète et par conséquent inefficace.

J'ai donc pensé qu'il valait mieux sacrifier délibérément la peau correspondant à la partie rétractée de l'aponévrose : par la large ouverture que l'on crée de la sorte, la dissection et l'extirpation des trousseaux fibreux de l'aponévrose palmaire deviennent beaucoup plus aisées; enfin l'on répare la perte de substance des téguments en la comblant avec un lambeau de peau doublée de son tissu cellulaire, que l'on emprunte au tronc et qu'on laisse adhérent par son pédicule à son lieu d'origine jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il doit recouvrir.

J'ai souvent appelé l'attention sur les qualités que possèdent à ce point de vue les lambeaux que donne l'*autoplastie par la méthode italienne modifiée* : ces lambeaux doublés d'un tissu cellulaire qui conserve tous ses caractères anatomiques, restent toujours mobiles sur les tissus sous-jacents dont ils préviennent la rétraction cicatricielle; ils conservent leur souplesse, ne sont jamais affectés par des troubles trophiques, persistent indéfiniment avec leurs dimensions et leurs caractères et ne sont atteints ni de rétraction ni d'atrophie. Aussi dans les cas de rétraction très prononcée de l'aponévrose palmaire avec adhérences intimes de la peau, c'est à cette méthode que l'on peut avoir recours avec le plus de confiance pour substituer des téguments sains aux téguments altérés. Voici comment il convient de procéder dans les cas de ce genre :

1er temps : dissection de la peau. — Sur la face palmaire de la main, on circonscrit par une incision toute la portion des téguments qui correspond à la partie rétractée de l'aponévrose et qui présente ces enfoncements, ces points adhérents, ces brides qui indiquent leur participation aux lésions inflammatoires des parties sous-jacentes. On dissèque cette peau en la rabattant de haut en bas, comme on le ferait si l'on se proposait de disséquer l'aponévrose palmaire; il est bon, pour agir avec plus de précision, d'avoir placé le membre dans l'ischémie par la bande d'Esmarch.

En procédant à cette dissection, on constate l'intime adhérence de la peau à l'aponévrose, adhérence telle qu'on ne peut le plus souvent éviter de perforer le lambeau cutané que l'on rabat ou de

lui laisser attachées quelques parcelles des tissus fibreux sous-jacents. On peut s'arrêter dans cette dissection quand on est arrivé à la racine des doigts; pourtant dans les cas où la flexion des deux premières phalanges du petit doigt et de l'annulaire est poussée à l'extrême, il peut être nécessaire de sacrifier même la peau qui recouvre la face palmaire des premières phalanges. Il faut en effet atteindre et extirper les brides fibreuses qui se portent sur la deuxième phalange et qui la maintiennent dans la flexion.

La perte de substance créée de la sorte est irrégulièrement quadrilatère : elle occupe le bord cubital et la partie interne de la face palmaire de la main et elle se prolonge plus ou moins bas sur la face palmaire du 5e ou du 4e doigt.

2e temps : excision de l'aponévrose palmaire. — Quand la peau a été enlevée, on sectionne en travers l'aponévrose palmaire vers sa partie supérieure, au niveau où elle commence à se montrer épaissie : cette section doit être faite avec prudence et à très petits coups pour éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs situés sous l'aponévrose. L'aponévrose palmaire sectionnée est rabattue de haut en bas; on l'isole avec soin des parties qu'elle recouvre, et on poursuit tous les trousseaux fibreux qui en partent pour se jeter sur les gaines tendineuses, de même que ceux qui gagnent les parties latérales des doigts sur lesquels se fait sentir la rétraction. Aux doigts même, cette extirpation doit être poursuivie jusqu'à l'articulation de la première phalange avec la seconde. Quand toute la partie visible de l'aponévrose a été excisée, on examine avec la plus grande attention le fond de la plaie pour s'assurer qu'on n'a ménagé aucun trousseau fibreux de quelque importance; le redressement des doigts indique que l'extirpation a bien été complète. On contrôle encore le résultat en explorant par la palpation le fond de la plaie pendant que les doigts sont portés dans l'extension afin de mieux faire saillir les tractus qui pourraient avoir été épargnés. Quand on n'en sent plus aucun, on enlève la bande élastique et on pratique une hémostase soignée, car pour procéder à la réparation, il faut que la surface que doit recouvrir le lambeau ne soit le siège d'aucun suintement sanguin.

Il peut arriver que, même après l'extirpation très complète de l'aponévrose rétractée, les doigts conservent quelque tendance à rester dans la flexion et qu'on ne puisse obtenir aussitôt le redressement tout à fait complet. Cette circonstance qui paraît due à ce que les fléchisseurs des doigts se sont en quelque sorte adaptés à la flexion prolongée à laquelle les doigts étaient soumis, n'a pas grande importance. Il suffit de maintenir pendant quel-

ques jours les doigts dans l'extension pour voir disparaître cette disposition et pour obtenir une élongation suffisante des muscles rétractés.

3e temps : dissection et fixation du lambeau. — On a préalablement déterminé sur le tronc, de préférence sur la région antérieure, vers l'hypocondre opposé à la main malade, la forme et les dimensions d'un lambeau cutané qui, après la dissection, puisse être amené au contact de la région opérée et appliqué sur elle sans tiraillements lorsque le membre est rapproché du corps, l'avant-bras demi-fléchi sur le bras; on a tracé les limites de ce lambeau, calculé la direction qu'il faut lui donner pour le rabattre aisément sur la main et le siège précis de son pédicule. On le circonscrit alors par une incision et on le détache des parties plus profondes en ayant soin de relever avec lui la plus grande partie du tissu cellulaire qui le double, surtout aux environs de son pédicule.

La plaie déterminée au niveau de l'hypocondre par la dissection de ce lambeau ayant été fermée autant que possible par une suture, le lambeau lui-même est appliqué sur la perte de substance de la face palmaire de la main, et son contour est très exactement fixé, par une suture à points très rapprochés, au contour de cette perte de substance. Le membre supérieur est alors immobilisé contre le tronc au moyen d'un bandage roulé; en plaçant l'appareil, il faut veiller à ce que le pédicule du lambeau ne soit ni tiraillé, ni tordu, ni replié sur lui-même, ni comprimé entre la main et le tronc. Le lambeau, la plaie d'emprunt sont recouverts d'un pansement au salol : de nouveaux tours de bande recouvrent le tout et achèvent de rendre le membre supérieur complètement solidaire du tronc.

Cette immobilisation est en général très aisément supportée par l'opéré : au bout de quinze à vingt et un jours on enlève l'appareil et on sectionne le pédicule du lambeau. On peut immédiatement adapter sa surface de section au bord correspondant de la plaie de la main qu'il faut avoir soin d'aviver à nouveau à cet effet. Il me semble néanmoins préférable d'attendre quelques jours pour pratiquer cette petite opération complémentaire, afin d'éviter l'inconvénient qui pourrait résulter d'une mortification, toujours très limitée quand elle se produit, de la surface de section du pédicule. C'est au bout d'une quinzaine de jours que l'on avive cette surface; l'on avive de même le bord de la perte de substance de la main qui est restée libre, et on unit ces deux surfaces par une suture.

On a conseillé de choisir, pour réparer les pertes de substance de la face palmaire de la main, la peau de la région dorsale du

tronc, plus épaisse et dépourvue de poils : Maas et von Hacker. qui ont eu recours à ce genre d'autoplasties pour d'autres affections, ont fixé pendant plusieurs jours l'avant-bras du malade derrière son dos, auquel la main était rattachée par le pédicule du lambeau qu'on avait fixé sur elle. J'ai trouvé, dans les cas où je l'ai employée, cette position beaucoup plus fatigante pour l'opéré que l'immobilisation sur la partie antérieure du tronc; la torsion de l'épaule qu'elle nécessite devient à la longue très douloureuse et le malade trouve difficilement une attitude qui lui permette de reposer commodément la nuit. Aussi suis-je revenu, même pour réparer les pertes de substance de la face palmaire de la main, à utiliser la peau de l'hypocondre opposé, vers lequel la main se trouve tout naturellement portée quand le bras est rapproché du corps, le coude étant demi-fléchi. Cette peau est assez épaisse et presque dépourvue de poils; elle se prête donc très bien à cette sorte de réparation.

Pendant les premiers temps il peut être utile de maintenir les doigts jadis rétractés dans l'extension, en les fixant sur une attelle dorsale bien rembourrée; on peut même employer ce mode d'immobilisation après l'opération et pendant que la main est encore fixée au tronc par le pédicule du lambeau transplanté. Mais il ne faut pas que l'immobilité dans l'extension soit trop prolongée si on veut éviter d'avoir à lutter contre les roideurs consécutives. Il faut, en tous cas, à chaque renouvellement du pansement, faire exécuter aux doigts quelques mouvements pour entretenir la souplesse des articulations.

Je n'ai jamais vu, à la suite de cette opération, la rétraction se reproduire en quelque mesure que ce soit; mais il s'en faut de beaucoup que le résultat immédiat soit satisfaisant; il en est de cette autoplastie comme de toutes les autres, particulièrement des autoplasties par la méthode italienne, à la suite desquelles il faut attendre un temps fort long, tout au moins des mois, avant que l'on ait obtenu tout ce que l'on attendait de l'opération.

Le lambeau transplanté reste pendant plus de six mois exubérant. Un sillon adhérent et plus ou moins profondément enfoncé marque ses contours; il paraît trop saillant, trop long, trop large, trop épais; il se confond mal avec la peau environnante, il reste pâle et sous l'influence du froid il prend facilement une coloration violacée. Peu à peu, néanmoins, ce lambeau s'étale en même temps que sa saillie diminue; il s'unifie avec les parties environnantes, il finit par se confondre presque entièrement avec elles; la peau qui le constitue reste pourtant reconnaissable à sa finesse plus grande et à la moindre épaisseur de son épiderme. Si ce travail d'adaptation tardait trop à se faire, si le lambeau restait trop

grand pour la surface qu'il est destiné à recouvrir, rien ne serait plus aisé d'en exciser une certaine étendue, soit en largeur, soit en hauteur et de lui donner exactement les dimensions définitives qu'il doit conserver.

Une certaine attention doit être également donnée aux mouvements des doigts qui ont été redressés par l'opération. Depuis longtemps privés de leurs mouvements, ils ont une certaine tendance, par le fait même de l'immobilisation à laquelle ils sont condamnés pendant la première période du traitement, à con-



Fig. 16. — Rétraction de l'aponévrose palmaire guérie par l'autoplastie italienne ; état de la main plus de deux ans après l'opération.

tracter des roideurs dans l'extension. Il faut donc surveiller les opérés, communiquer de bonne heure des mouvements aux doigts redressés et ne pas permettre que, faute d'exercice, ces doigts acquièrent une raideur dont il serait difficile plus tard de triompher.

Pour montrer les modifications que subit avec le temps le lambeau transplanté, j'ai fait venir ici trois de mes opérés; le premier a subi l'opération le 13 novembre 1891; il était atteint d'une rétraction complète des deux derniers doigts de la main gauche avec adhérences de la peau aux cordons fibreux sous-jacents : la section du pédicule du lambeau, pris à l'hypocondre droit, a été faite au bout de seize jours et le bras séparé du corps; l'autoplastie complémentaire nécessitée par l'adaptation et la suture de

ce pédicule a été pratiquée le 21 décembre. Dans les premiers temps, le lambeau faisait à la face palmaire une saillie qui rendait le résultat très disgracieux; on peut constater qu'avec le temps cette saillie s'est complètement effacée sans néanmoins que le lambeau ait rien perdu de sa souplesse et de sa mobilité; la peau qui le constitue ne se distingue de celle du reste de la main que par une finesse plus grande et par un contour à peine marqué correspondant à la ligne de réunion. La rétraction des doigts ne s'est en aucune façon reproduite.

Le résultat actuel est bien différent encore chez les deux autres opérés que je vous présente : l'un d'eux a été opéré il y a dix mois pour une rétraction des deux derniers doigts de la main droite et principalement du petit doigt. Le pédicule du lambeau n'a été sectionné que le vingt et unième jour, il fut aussitôt suturé au bord cubital de la main préalablement avivé. On peut constater que le lambeau qui recouvre tout le côté interne de la face palmaire de la main et la face antérieure des premières phalanges du petit doigt est encore exubérant et un peu flottant sur les parties sous-jacentes; sa coloration est encore violacée et ses contours bien plus marqués que chez le malade précédent. Un incident fâcheux, quoiqu'indépendant de l'opération, a marqué la convalescence de ce sujet. Sans cause occasionnelle appréciable, il a été pris d'une paralysie syphilitique du membre supérieur droit, paralysie qui a cédé au traitement spécifique; mais la gène des mouvements qui en est résultée et le défaut d'exercice ont eu pour conséquence une raideur assez marquée dans l'extension du doigt, que l'opéré n'a consenti que très irrégulièrement à soumettre à des tentatives de mobilisation méthodique.

La troisième opération dont je vous présente le résultat est toute récente; il y a deux mois seulement (le 6 février dernier) que j'ai pratiqué sur la main gauche de ce malade, pour une rétraction totale du petit doigt et incomplète de l'annulaire, l'extirpation de toute la partie correspondante de l'aponévrose palmaire dont j'ai suivi les prolongements jusqu'à la deuxième phalange du petit doigt. Le pédicule du lambeau, emprunté à l'hypocondre droit, a été coupé le vingt-deuxième jour, le 27 février, et quelques jours après seulement je l'ai adapté au bord cubital de la région palmaire. Le lambeau transplanté est encore assez informe ainsi que vous pouvez le constater; il n'est nullement douteux cependant qu'il ne s'adapte avec le temps à la forme des parties qu'il recouvre. Pas plus que chez les autres opérés, la rétraction n'a de tendance à se reproduire. Pour éviter la raideur des doigts, le malade est soumis à des exercices quotidiens qu'il a négligés depuis une dizaine de jours, mais qui vont être repris avec per-

sévérance. Si l'adaptation parfaite du lambeau tardait trop à se faire, je n'hésiterais pas à le détacher par un de ses bords, à retrancher une partie du tissu cellulaire qui le double et qui a été transplanté avec lui et à le réadapter plus exactement, après en avoir retranché une certaine étendue.

Je résume cette communication dans les conclusions que voici :

La rétraction de l'aponévrose palmaire ne peut être guérie définitivement que par l'extirpation complète de toute la partie de cette aponévrose qui occupe le bord cubital de la main et qui s'étend vers les deux derniers doigts, en comprenant dans cette extirpation et en poursuivant jusqu'à leurs extrêmes limites tous les tractus qui dépendent de cette aponévrose.

Pour pratiquer cette extirpation, il est nécessaire de sacrifier la partie correspondante des téguments qui adhèrent à l'aponévrose malade.

La réparation de cette perte de substance s'obtient très aisément par l'adaptation d'un lambeau cutané emprunté au tronc et laissé adhérent à celui-ci par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion avec la surface qu'il doit recouvrir. Ce lambeau doit être constitué et fixé suivant les règles qui président aux autoplasties par la méthode italienne.

Le pédicule du lambeau peut être coupé du quinzième au dix-neuvième jour; une petite opération complémentaire est nécessaire pour le fixer au bord cubital de la main.

Il faut plusieurs mois pour que l'adaptation du lambeau à la région sur laquelle il a été transplanté soit parfaite. Pendant ce temps il faut surveiller avec attention l'attitude de doigts défléchis et combattre par des mouvements communiqués les roideurs dont ils peuvent être le siège.

On pourrait compléter le résultat obtenu par de nouvelles opérations ayant pour but de façonner le lambeau et d'en retrancher les parties exubérantes, mais ces actes complémentaires ne seront que rarement nécessaires.

Cure radicale des hernies inguinales,

Par le Dr Zancarol, Médecin en chef de l'Hôpital grec d'Alexandrie.

Il est aujourd'hui reconnu que les dangers de la hernie abandonnée à elle-même sont de beaucoup supérieurs à ceux de l'opération de la cure radicale faite d'après les règles de l'art. Les quelques rares opposants se trouvent parmi ceux qui n'ont pas opéré; et par cela même leurs arguments ne présentent pas

d'importance scientifique, n'étant pas basés sur l'observation des faits. Il y a pourtant un fait certain d'observation qu'ils nous opposent, et dont il faut tenir compte : c'est la récidive de la hernie après l'opération. Je crois qu'en faisant choix d'un bon procédé opératoire on peut se mettre à l'abri de cet inconvénient. Pour ma part, sur 31 malades opérés, je n'ai eu qu'une seule récidive; la hernie récidivée était, dans ce cas, beaucoup plus petite que celle qui était avant l'opération, et le bandage pouvait la maintenir. Aussi j'ai cru inutile d'intervenir une seconde fois. Sauf celui-ci, aucun de mes opérés n'a porté de bandage.

Ma statistique n'est pas grande, mais j'ai pu suivre tous mes opérés. Mon premier date de sept ans, et mon dernier de quatre mois.

Dix d'entre eux ont été opérés par le procédé de Lucas-Championnière.

Huit ont été opérés par le procédé du Dr Kingscote (*Brit. Med. J.*, 1890, t. I, p. 1482). Ce procédé, qui est basé sur le principe du bouchon formé par le moignon du sac et la suture de l'anneau inguinal, se fait ainsi : le sac herniaire est décollé aussi haut que possible vers l'anneau interne. Deux gros catguts sont passés à travers la peau diagonalement, traversant les piliers de l'anneau et le collet du sac. Le sac est alors ouvert et coupé et quelques points de suture de fin catgut servent à le fermer. Le moignon est poussé dans le canal. On passe alors, à travers la peau, trois fils de catgut à direction horizontale et parallèle qui traversent les piliers et le fascia transversalis, qui sont liés et servent à fermer l'anneau en laissant l'espace nécessaire pour le passage du cordon. Ainsi ces sutures sont nouées les premières et les sutures diagonales sont liées les dernières.

Ce procédé donne assez de solidité, mais pas autant que le procédé de Bassini, comme nous allons le voir.

Treize cas ont été opérés par ce dernier procédé. Ce procédé de Bassini est incontestablement supérieur aux deux autres. Il est basé sur le principe de défaire le canal inguinal afin de le refaire plus solide et plus adapté à l'usage qu'on veut, c'est-à-dire pour le passage exclusif du cordon. Pour défaire le canal inguinal, Bassini le fend d'un bout à l'autre. Pour le refaire, on lui donne une paroi postérieure en suturant la triple couche du petit oblique, du transverse abdominal et du fascia verticalis, suturés au bord postérieur du ligament de Poupart; — deux ouvertures, une interne laissant juste passage au cordon, et une externe vers les piliers qui sont suturés à vif (surface cruentée); — une paroi supérieure, formée par la suture des deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique qui a été fendue au premier temps de l'opération. Mais en

dehors de ces avantages réels, comme constitution du canal inguinal, ce procédé présente le mérite qu'on opère à ciel ouvert et qu'on peut tout faire avec la précision chirurgicale nécessaire.

De mes 13 opérés par ce procédé, j'ai eu 13 succès complets. Je ne citerai seulement que deux d'entre eux. Un enfant opéré d'un épispadias de naissance complet antérieur et postérieur et par conséquent avec vessie ouverte et incontinence d'urine; — malgré que la plaie opératoire était constamment baignée par l'urine, nous avons obtenu une cicatrice par première intention. — Et une femme âgée de soixante-dix ans, avec hernie épiplo-intestinale étranglée, à son sixième jour; l'opération a donné un résultat complet.

Quelques considérations sur les plaies de l'œsophage,

Par le Dr A. Heydenreich, Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Les plaies de l'œsophage s'accompagnent parfois de symptômes particuliers qui n'ont pas attiré l'attention des chirurgiens; je veux parler des troubles résultant de l'irritation des nerfs pneumogastriques. On sait que non seulement ces nerfs cheminent le long de l'œsophage, mais que, de plus, ils fournissent à ce conduit la plupart de ses filets nerveux.

Or il peut se faire qu'à la suite d'une plaie de l'œsophage une irritation, partie des filets terminaux, se propage au nerf pneumogastrique et provoque ainsi des troubles, en particulier dans le fonctionnement du cœur. D'autres fois, ce sera le tronc lui-même du nerf qui pourra être intéressé par une blessure, et les conséquences de ce traumatisme seront plus graves encore. Je fais abstraction ici des plaies qui atteignent l'œsophage de dehors en dedans, pour ne parler que de celles qui sont faites de dedans en dehors.

J'ai eu l'occasion, chez un avaleur de sabres, de constater les phénomènes auxquels je fais allusion. Malheureusement il ne m'a pas été donné de suivre toute l'observation du malade, et celle-ci présente un certain nombre de lacunes.

En juillet 1890, j'avais pratiqué chez cet homme, âgé de vingt-huit ans, la taille stomacale pour extraire une cuiller à absinthe, qui, au cours d'un de ses exercices, avait glissé jusque dans l'estomac. Cet homme n'en continua pas moins son métier.

Dans la soirée du 1er janvier 1891, il avait fait pénétrer dans son œsophage presque toute la longueur d'un canon de fusil por-

tant une mire à son extrémité, lorsqu'il sentit une douleur vers la partie inférieure de l'œsophage. Il lui sembla qu'il se blessait, et instinctivement il retira brusquement le canon de fusil; ce mouvement fut très douloureux.

Une éraflure avait été faite certainement à l'œsophage; car les jours suivants le malade eut quelques crachats sanglants. D'autres phénomènes survinrent encore : dès le lendemain, le cou se mit à enfler, et la déglutition devint impossible; chaque tentative pour avaler provoquait des quintes de toux. D'après les dires du malade, il serait resté plusieurs jours sans s'alimenter.

Quand il se présenta dans mon service à l'hôpital, le 7 janvier, les phénomènes qui précèdent étaient, suivant lui, très atténués. Les liquides étaient bien avalés; mais le malade se plaignait d'une forte douleur siégeant profondément au niveau du bord gauche du sternum, ainsi que d'un grand malaise, et il avait de la fièvre. La température était de 39° le soir, de 38°,4 le matin. L'état de cet homme ne se modifia pas sensiblement les jours suivants : la fièvre, après avoir un peu diminué, se mit à augmenter de nouveau, et, le 11 janvier au soir, elle atteignit 39°,8.

C'est ici que le tableau de la maladie devint réellement curieux. Le lendemain, 12 janvier, la température tomba brusquement à 36°,8; le soir de ce jour, elle descendit à 36°. Deux jours après, le 14 janvier, elle tombait à 35°. En même temps, le pouls, qui était rapide les jours précédents, devenait faible et ne dépassait pas 50 pulsations. Le refroidissement du malade était manifeste; il s'accompagnait d'une dépression physique et morale et d'un malaise qui faisaient craindre une fin prochaine.

Ces phénomènes persistèrent plusieurs jours : le pouls se maintenait aux environs de 50 pulsations; la température dépassait un peu 35° le matin et atteignait 36°,5 le soir. A partir du 17 janvier, la température oscilla autour de 36°,5, en même temps que le pouls redevenait graduellement plus fréquent; le 19, il atteignait 72 pulsations. L'état général présentait une amélioration parallèle. Le 20 janvier, la température était de 37°,2; le pouls était à 76 pulsations. L'amélioration ne fit que se confirmer à partir de ce moment, et, peu de jours après, le malade, complètement rétabli, quittait l'hôpital.

Les phénomènes, que je viens de décrire sommairement, ne sont explicables, à mon avis, que par une irritation du pneumogastrique. Ils ne sauraient être attribués à l'inanition. Si, dans les premiers jours, le malade, avant son entrée à l'hôpital, n'a pu s'alimenter que fort peu par suite de la gêne de la déglutition, cette situation n'a pas tardé à se modifier, et les phénomènes de dépression ont été observés alors que, depuis plusieurs jours, le

malade prenait des aliments liquides en quantité suffisante. D'un autre côté, ces phénomènes de dépression sont survenus brusquement, succédant à une fièvre marquée.

L'existence d'une plaie de l'œsophage n'a pas été douteuse. Je suppose qu'à un moment donné cette plaie, pour une cause qu'il est difficile de préciser, a été le point de départ d'une irritation. L'irritation a été transmise par les filets du pneumogastrique au tronc même du nerf, et celui-ci a agi sur le cœur en ralentissant ses battements.

Cependant le malade, dont je relate l'histoire, ne fut pas corrigé par ses mésaventures multiples : il reprit le cours de ses exercices aussitôt qu'il eut quitté l'hôpital. Six semaines plus tard, le 10 mars 1891, je le retrouvais dans mon service agonisant.

La veille de ce jour, vers trois heures de l'après-midi, dans un village du département des Vosges, il s'était introduit dans l'œsophage un tisonnier en fer, long de 27 centimètres et terminé par un crochet. Il n'avait pu retirer cet instrument, dont le manche était visible au dehors de la bouche. Un médecin avait fait des tentatives infructueuses et prolongées pour extraire le tisonnier. Le malade était alors venu en chemin de fer à Nancy et s'était fait conduire en voiture à l'hôpital. A ce moment, à dix heures du soir, son état général paraissait assez satisfaisant; il n'existait pas de dyspnée. Le malade se déshabilla lui-même et se coucha. Vers trois heures du matin, on s'aperçut qu'il avait du râle trachéal et qu'il était à l'agonie.

Quand je le vis, à neuf heures du matin, je constatai que le manche du tisonnier, visible au dehors de la bouche, appuyait contre la commissure gauche des lèvres; la présence de cet instrument avait pour effet de rejeter la tête violemment en arrière. Le malade était en pleine agonie, ayant perdu connaissance et présentant du râle trachéal; le pouls était imperceptible. A l'auscultation, on ne percevait pas de râles dans les poumons, du moins en avant; le cœur battait à 70 pulsations. Le malade ne ressemblait en rien à un homme qui meurt d'un obstacle à la respiration. La mort eut lieu à onze heures du matin, vingt heures après l'accident.

A l'autopsie, je trouvai, du côté des poumons, une simple congestion hypostatique; la muqueuse de la trachée était rouge; il n'existait pas d'œdème de la glotte.

L'œsophage présentait, à 8 centimètres au-dessous de l'ouverture du larynx, une perforation siégeant à droite et mesurant un centimètre de diamètre. Le crochet de l'instrument avait traversé ce trou, et, lorsqu'on essayait de retirer le tisonnier,

l'extrémité du crochet était arrêtée par la première côte droite, contre laquelle elle heurtait de bas en haut. Au-dessus et au-dessous de la perforation, l'œsophage offrait des lésions moins profondes.

Ces constatations n'expliquaient pas le mécanisme de la mort de cet homme. Mais la dissection attentive de la pièce montra que le crochet de l'instrument comprimait le nerf pneumogastrique droit et qu'à ce niveau le nerf était rouge, congestionné.

C'est évidemment dans cette particularité qu'il faut rechercher la cause de cette mort si rapide. L'excitation prolongée du pneumogastrique droit a déterminé l'affaiblissement des battements cardiaques et finalement l'arrêt du cœur.

Il est impossible, en l'absence de détails plus précis, de savoir à partir de quel moment s'est produite la compression du nerf par le crochet. Il est vraisemblable d'admettre que la position prise par le malade pendant son sommeil n'a pas été étrangère à cet accident. La présence du tisonnier amenait cet homme à rejeter la tête en arrière dans l'extension forcée, et dans cette position la compression du pneumogastrique par l'instrument était réduite au minimum. Presque forcément la position a dû se modifier pendant le sommeil, et dès lors la compression du pneumogastrique s'est trouvée exagérée.

J'ai à signaler, en terminant, deux particularités curieuses révélées par l'autopsie du malade.

La première, c'est que la partie supérieure de l'œsophage présentait un notable épaississement de ses parois, épaississement dû évidemment à l'irritation provoquée par les exercices de cet homme.

La seconde, c'est que, en dépit d'une taille stomacale pratiquée huit mois seulement avant la mort du malade, l'estomac n'offrait pas la moindre trace de cicatrice. Lors de cette taille stomacale, j'avais fermé l'ouverture de l'estomac par une suture de Lembert. Je me rappelais parfaitement la région de l'estomac sur laquelle avait porté le traumatisme opératoire. Cependant l'examen le plus minutieux de la paroi stomacale ne permit pas de découvrir un point qui s'écartât de l'aspect physiologique. Un changement de coloration de la muqueuse, de forme linéaire, pouvait passer à la rigueur pour la trace de la plaie de l'estomac; mais cette partie, examinée au microscope, ne laissa pas voir de tissu cicatriciel et fut trouvée absolument normale. Ce fait montre donc avec quelle perfection se réparent les plaies du tube digestif.

Note sur 76 opérations de lithotritie et principalement sur leurs suites éloignées,

Par le Dr A. Malherbe, Professeur à l'École de médecine de Nantes.

Il y a déjà longtemps que la lithotritie a chez nous cause gagnée, et je pense qu'il est peu de chirurgiens qui, s'ils avaient le malheur d'être atteints de la pierre, seraient disposés à se faire tailler alors que le broiement est possible.

Profitant, comme presque toutes les autres opérations chirurgicales, des bénéfices de l'antisepsie, le broiement de la pierre est devenu presque aussi bénin qu'une simple exploration.

La lithotritie n'a donc pas besoin d'être défendue en tant qu'opération bénigne; cependant il arrive de temps à autre que quelques chirurgiens particulièrement favorables aux méthodes sanglantes essayent de montrer que la taille hypogastrique est une méthode plus radicale que la lithotritie; qu'elle n'est guère plus dangereuse et qu'elle prévient mieux les récidives. Il y a donc intérêt à comparer les résultats éloignés fournis par la taille et ceux fournis par la lithotritie. Je n'ai ni la prétention ni l'espoir de faire ce travail en son entier, car je n'ai presque jamais été réduit à faire la taille hypogastrique pour la pierre; mais je puis fournir un certain nombre de faits pour apprécier les résultats éloignés de la lithotritie chez l'adulte et chez le vieillard. Ma statistique se compose de soixante-seize opérations de lithotritie exécutées sur trente-six calculeux. J'ai pu suivre un certain nombre de mes opérés et connaître ainsi les conséquences éloignées de l'intervention chirurgicale. C'est à l'examen de ces conséquences que je désire me borner dans ce travail.

Je ne fatiguerai pas l'attention du Congrès en reprenant devant lui l'étude de l'opération de la lithotritie; je dirai seulement que je me suis attaché à suivre depuis le début de ma pratique les préceptes de mon cher et vénéré maître le professeur Guyon; que j'ai adopté la lithotritie rapide aussitôt que j'ai pu me procurer les instruments permettant d'utiliser les enseignements de Bigelow; qu'enfin j'ai cherché dans mes dernières opérations à désinfecter la vessie en y faisant des lavages au nitrate, suivant le conseil de M. Guyon.

Cela dit, je passe à ma statistique.

MORTALITÉ

La mortalité imputable à l'opération a été de deux pour soixante-

seize opérations, soit 2,63 p. 100, si le pourcentage est fait d'après le nombre des opérations. Si au contraire on cherche la proportion par rapport aux trente-six calculeux traités, on trouve que cela fait une mortalité de 5,55 p. 100. Le premier cas de mort suivit une opération faite en 1882, chez M. V..., âgé de soixante-trois ans (obs. IX). C'était le quatrième pierreux que je traitais par la lithotritie. Il succomba à la suite de la seconde séance à des accidents de néphrite. C'est dans cette seconde séance que j'essayai pour la première fois l'évacuation totale des débris, l'opération de Bigelow, en un mot. Mais il me fut impossible de vider complètement la vessie des débris de calcul, et le malade, déjà atteint de cystite à la suite d'une première séance faite selon l'ancienne méthode, eut de grands accès de fièvre et fut enlevé en huit jours par des accidents infectieux. Étant donnés les perfectionnements apportés à la pratique de la lithotritie, je ne doute pas qu'un malade dans les mêmes conditions qui ont été en 1882 funestes à M. V.... puisse être aujourd'hui opéré sans accident.

Le second cas de mort que j'ai eu à déplorer suivit une lithotritie pratiquée à Paimbœuf, le 30 septembre 1891, sur M. G..., âgé de soixante-douze ans. Ce malade, opéré dix ans auparavant par M. le Dr Chenautais, présentait depuis plusieurs années des symptômes de récidive de la pierre. Mais, comme il arrive souvent chez les vieillards, les douleurs causées par son calcul étaient très variables : tantôt il souffrait beaucoup, tantôt il souffrait fort peu, de sorte qu'il laissa grossir son calcul qui atteignit le diamètre de trois centimètres au moins (obs. XXXI).

Enfin les douleurs devenant intolérables, le malade se *décida* à accepter une intervention, et comme il se trouvait trop souffrant pour venir à Nantes, je dus aller l'opérer chez lui. Depuis quelque temps les urines étaient devenues d'une fétidité horrible.

L'opération, assez laborieuse, ne présenta aucun incident; les douleurs cessèrent aussitôt; mais vers le troisième jour, la fétidité des urines reparut, et le malade succomba le sixième jour après l'opération. Tels sont les décès que j'ai eu le regret d'enregistrer. Je n'oserais affirmer absolument qu'on serait sûr de les éviter aujourd'hui; pourtant je crois pouvoir admettre que les chances seraient beaucoup plus favorables à l'heure actuelle.

NOMBRE D'OPÉRATIONS SUBIES PAR CHAQUE MALADE

Sur mes 36 opérés, 22 ont subi une seule opération (obs. VIII, IX, X, XI, XIII, XIV, XVI, XVII, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV,

et XXXVI). Dans ce compte figure le malade de l'obs. XXXI que je n'ai opéré qu'une fois, mais qui avait déjà subi la lithotritie dix ans auparavant.

Parmi ces vingt-deux malades, nous devons citer à part quatre opérés depuis moins d'un an qui sont actuellement vivants et bien portants, mais qui auront peut-être des récidives.

Quatre autres restent guéris depuis sept ans, quatre ans, deux ans et un an. Trois ont été perdus de vue étant guéris; quatre sont morts de maladies étrangères à l'appareil urinaire. Un vit avec une récidive constatée (obs. XXI). Un est mort d'accidents urinaires un an après l'opération; peut-être avait-il une récidive.

Les cinq autres ont été perdus de vue.

Six malades ont subi deux opérations (obs. II, IV, V, XII, XV, XVIII) avec les résultats suivants : une mort opératoire (obs. IV); une guérison complète ayant duré douze ans (obs. II) : le malade est mort en 1892 d'accidents cérébraux. Une guérison ayant duré deux ans (obs. XVIII) : le malade est mort phtisique sans accidents urinaires nouveaux. C'est le seul pierreux que j'aie vu devenir phtisique.

Trois guérisons temporaires suivies de récidive : l'un des malades (obs. V) succombe à des accidents urinaires un an environ après la dernière intervention : il avait peut-être une pierre enchatonnée ou logée dans une cellule.

Le second, fort âgé (obs. XII), succomba environ cinq ans après l'intervention, ayant au moins quatre-vingt-deux ans, il avait une récidive, mais il ne voulait pas de nouvelle opération.

Enfin le troisième vit encore (obs. XV); mais je crois qu'il a une récidive et qu'il ne veut pas se faire opérer.

Trois malades ont subi trois opérations (obs. VI, XX, XXX). Le premier (obs. VI) reste guéri de la pierre depuis près de sept ans, mais il est devenu goutteux. Il est très bien portant en dehors de ses accès. Le second (obs. XX) n'a pas été suivi; il a probablement eu une récidive, ses voies urinaires étant en mauvais état quand je l'ai perdu de vue. Peut-être a-t-il succombé depuis.

Le troisième (obs. XXX) est guéri; exploré il y a quelques jours, il ne présente plus trace de pierre, mais il est fortement prostatique.

Deux malades ont été opérés quatre fois : le premier (obs. III) fut traité par la méthode ancienne des séances courtes et répétées. Outre la pierre, il était perclus par suite d'un rhumatisme goutteux, et présentait des accidents cardio-pulmonaires auxquels il succomba sept à huit mois après avoir été débarrassé de sa pierre. Il était prostatique. Il ne paraît pas y avoir eu de récidive de pierre.

Le second (obs. XIX) avait été opéré une fois par le prof. Guyon. Il eut une récidive un an après (1887), et trop faible pour supporter le voyage de Paris, il nous pria de l'opérer. Il resta bien pendant environ dix-huit mois à la suite de notre première intervention. Il était prostatique et n'urinait jamais sans sonde. La dernière opération qui lui fut faite eut lieu le 20 juin 1889. Nous trouvâmes un calcul enchatonné qu'il fut impossible de saisir. La taille hypogastrique fut refusée. Le malade succomba quelques mois plus tard, à une phlébite, nous dit-on, à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Un malade, M. B... (obs. XXV), a été opéré cinq fois par nous, et deux fois au moins auparavant par le Dr Chenautais. Il avait une cystite intense, et à la fin, nous trouvâmes un calcul enchatonné qui nécessita la taille hypogastrique à laquelle le malade succomba.

Un malade a été opéré dix fois (obs. I). Il eut sept séances de lithotritie ancienne méthode en 1880; deux séances en mai 1885, et une en août 1886. En 1885 et 1886, il fut opéré par la lithotritie rapide avec évacuation. Il resta guéri de la pierre, mais prostatique jusqu'en 1890, soit cinq années de guérison. Il succomba alors à une pyélo-néphrite; mais nous pûmes constater qu'il n'avait pas de pierre dans la vessie, par une exploration faite peu de temps avant la mort.

Un malade a été opéré douze fois (obs. VII). Ce malade, âgé actuellement de soixante-dix-neuf ans et affligé d'une prostate énorme, refait une pierre phosphatique sans cesse renaissante.

Les douze opérations, toujours admirablement supportées, ont été faites en huit ans et demi. Il ne reste en général qu'un ou deux jours au lit, et, dès le lendemain de l'opération, son urine est redevenue claire. L'état général est parfait. La plus longue période de guérison que lui ait procurée l'intervention chirurgicale est de deux ans environ (du 27 octobre 1885 au 22 septembre 1887). Actuellement il revient se faire opérer presque tous les six mois.

AGES DES OPÉRÉS

Nous n'avons eu aucune occasion de pratiquer la lithotritie sur des sujets au-dessous de trente ans. Les deux seuls calculeux plus jeunes que nous ayons traités, ont dû être opérés, l'un âgé de seize ans, en 1875, par la taille périnéale, l'autre, âgé de vingt ans, par la taille hypogastrique. Nous laissons donc ces deux cas en dehors de notre statistique actuelle.

Voici un tableau de l'âge de nos opérés de lithotritie :

Obs. I.	60 ans.	Mort à 71.	Obs. XIX.	74 ans.	Mort à 77.
Obs. II.	56 »	Mort à 68.	Obs. XX.	65 »	Vivait 3 ans après perdu de vue.
Obs. III.	60 »	Mort à 61.	Obs. XXI.	77 »	Actuellem. 83. Vit avec récidive.
Obs. IV.	63 »	Mort de l'opérat.	Obs. XXII.	35 »	Act. 40. Bien port.
Obs. V.	68 »	Mort à 70.	Obs. XXIII.	66 »	Mort à 68.
Obs. VI.	60 »	Vivant, 69 ans.	Obs. XXIV.	73 »	Vivant. Récidive?
Obs. VII.	69 »	Vivant, 78 ans 1/2.	Obs. XXV.	68 »	Mort à 70.
Obs. VIII.	39 »	Vivant, 47 ans.	Obs. XXVI.	65 »	Mort à 67.
Obs. IX.	59 »	Mort à 60.	Obs. XXVII.	72 »	Act. 75. Bien port.
Obs. X.	65 »	Mort à 70.	Obs. XXVIII.	55 »	Vivant. Cystite.
Obs. XI.	50 »	Guéri, perdu vue.	Obs. XXIX.	70 »	Vivant. Bien port.
Obs. XII.	77 »	Mort à 81 avec récidive.	Obs. XXX.	72 »	Vivant. Bien port.
Obs. XIII.	76 »	Mort à 76, 4 mois après.	Obs. XXXI.	72 »	Mort de l'opérat.
Obs. XIV.	50 »	Guéri, perdu vue.	Obs. XXXII.	67 »	Vivant. Bien port.
Obs. XV.	64 »	Récid., perdu vue.	Obs. XXXIII.	71 »	»
Obs. XVI.	65 »	Guéri, perdu vue.	Obs. XXXIV.	60 »	»
Obs. XVII.	66 »	Guéri, perdu vue.	Obs. XXXV.	64 »	»
Obs. XVIII.	67 »	Mort à 70.	Obs. XXXVI.	69 »	»

En divisant ce tableau par périodes décennales, nous obtenons le tableau suivant :

1° *De trente à quarante ans, deux opérés.*

Obs. XXII. — Trente-cinq ans. Opéré le 5 octobre 1888; pas de récidive. Vivant, bien portant.

Obs. VIII. — Trente-neuf ans. Opéré en mai 1885. Pas de récidive. Vivant, bien portant.

2° *De quarante à cinquante ans.*

Néant.

3° *De cinquante à soixante ans, 5 opérés.*

Obs. III. — Cinquante-six ans; deux séances; pas de récidive; mort douze ans après d'accidents cérébraux.

Obs. IX. — Cinquante-neuf ans; une séance; pas de récidive; mort un an après d'accidents pulmonaires.

Obs. XI — Cinquante ans; une séance; guérison du calcul; perdu de vue.

Obs. XIV. — Cinquante ans; une séance en septembre 1886; restait guéri deux ans après. Perdu de vue.

Obs. XXVIII. — Cinquante-cinq ans; opéré le 21 novembre 1890; une séance, restait guéri un an après. Cystite.

4° *De soixante à soixante-dix ans, 19 opérés.*

Obs. I. — Soixante ans; sept séances ancienne méthode en juin et juillet 1880; récidive en 1885; deux séances lithotritie rapide 5 et 15 mai 1885. Mort de néphrite en 1891 sans récidive de pierre.

Obs. III. — Soixante ans; quatre séances ancienne méthode en juillet et août 1881; mort un an après d'accidents complexes sans récidive de pierre.

Obs. IV. — Soixante-trois ans; une séance ancienne méthode et une séance méthode Bigelow en novembre 1882; mort des suites de l'opération.

Obs. V. — Soixante-huit ans; deux séances, le 15 mars et le 25 juin 1884; récidive; mort d'accidents urinaires en 1886.

Obs. VI. — Soixante ans; trois séances : mars 1884, 23 juin 1885, 23 juillet 1886. Vivant, bien portant, sauf goutte. Pas de récidive.

Obs. VII. — Soixante-neuf ans; pierre urique avec récidives phosphatiques. Opéré douze fois, la première le 15 juillet 1884; la dernière le 27 janvier 1893. L'espace le plus long entre deux récidives a été de deux ans environ. Le malade est âgé de soixante-dix-huit ans et demi, très prostatique, mais très bien portant du reste.

Obs. X. — Soixante-cinq ans; pierre urique; une séance en septembre 1885; pas de récidive. Mort vers l'âge de soixante-dix ans d'affection cardiaque (?).

Obs. XV. — Soixante-quatre ans; pierre mixte; deux opérations, l'une le 14 janvier 1887, l'autre le 23 juillet 1887; vit encore avec récidive.

Obs. XVI. — Soixante-cinq ans; pierre phosphatique volumineuse; une séance en janvier 1887; guérison. Perdu de vue.

Obs. XVII. — Soixante-six ans; pierre mixte de 25 millimètres; une séance le 15 avril 1887. Revu un an après; catarrhe et rétention incomplète. Pas de récidive. Perdu de vue.

Obs. XVIII. — Soixante-sept ans; pierre urique de 3 cent. et demi; deux séances, le 3 juin et le 15 juin 1887. Mort phtisique en 1890 sans récidive de pierre.

Obs. XX. — Soixante-cinq ans; trois opérations : avril 1888, 18 septembre 1890, 11 décembre 1890. Guérison. Perdu de vue; récidive probable.

Obs. XXIII. — Soixante-six ans; une séance le 23 février 1889. Guérison opératoire. Mort à la fin de 1890 d'accidents urinaires; récidive probable.

Obs. XXV. — Soixante-huit ans; opéré jadis par un autre chirurgien. Cinq séances pour pierre phosphastique du 14 février 1890 à novembre 1891. Pierre enchatonnée; taille hypogastrique, 17 décembre 1891 : mort huit jours après.

Obs. XXVI. — Soixante-cinq ans. Une séance le 14 juin 1890; pierre urique. Guérison; mort deux ans après, d'apoplexie foudroyante.

Obs. XXXII. — Soixante-sept ans; pierre mixte de 4 cent., une séance le 18 février 1892. Vivant, bien portant; prostatique.

Obs. XXXIV. — Soixante ans; pierre mixte; une séance le 19 octobre 1892. Vivant, bien portant.

Obs. XXXV. — Soixante-quatre ans; pierre urique 2 centimètres, une séance le 8 décembre 1892. Vivant, bien portant.

Obs. XXXVI. — Soixante-neuf ans; plusieurs pierres mixtes peu volumineuses; une séance le 8 mars 1893. Guérison.

5° *De soixante-dix à quatre-vingts ans, 10 opérés.*

Obs. XII. — Soixante-dix-sept ans; pierre mixte de 3 centimètres; deux séances, le 31 mars et 13 avril 1886. Guérison d'un an à un an et demi; récidive de pierre. Refus d'opération, mort en 1890 à quatre-vingt-un ans.

Obs. XIII. — Soixante-seize ans; pierre mixte de deux centimètres; une séance le 15 juin 1886. Mort quatre mois après d'accidents cardio-pulmonaires. Pas de récidive.

Obs. XIX. — Soixante-quatorze ans; pierre mixte; opéré en 1884 par le professeur Guyon; quatre séances : le 7 juillet 1887, le 18 juillet 1887, le 20 septembre 1888, le 20 juin 1889. Calcul enchatonné; le malade refuse la taille hypogastrique. Il meurt en 1890, à soixante-dix-sept ans, de phlébite des membres inférieurs.

Obs. XXI. — Soixante-dix-sept ans; pierre urique 2 centimètres; une séance le 9 juin 1888. Guérison jusqu'en 1891. On constate une pierre, mais le malade refuse l'intervention. Il vit encore et est âgé de quatre-vingt-trois ans; il a de l'incontinence d'urine, mais peu de douleurs.

Obs. XXIV. — Soixante-treize ans; pierre mixte de 15 millimètres; opération le 22 mai 1889; vit encore avec récidive.

Obs. XXVII. — Soixante-douze ans; une séance le 8 juillet 1890. Guérison. Vivant, bien portant.

Obs. XXIX. — Soixante-dix ans; pierre urique de 15 millimètres; une séance le 6 mars 1891. Vivant, bien portant.

Obs. XXX. — Soixante-douze ans; pierre urique; trois séances : le 30 juin 1891, le 26 mars 1892, le 4 avril 1892. Vivant, bien portant, mais prostatique. Exploration négative au point de vue de la pierre en mars 1893.

Obs. XXXI. — Soixante-douze ans; opéré de pierre (lithotritie) il y a environ dix ans par un autre chirurgien; pierre urique de plus de 3 centimètres. Urines extrêmement fétides; meurt 6 jours après l'opération, une séance le 30 septembre 1891.

Obs. XXXIII. — Soixante et onze ans; pierre mixte de trois centimètres; une séance le 9 octobre 1892. Vivant, bien portant.

6° *Au-dessus de quatre-vingts ans.*

Néant. — Nous avons observé quelques très vieux calculeux; mais ils souffrent peu; leur état général est bon, et ils ne veulent pas courir les risques d'une opération.

En résumé, deux pierres entre trente et quarante ans; cinq pierres entre cinquante et soixante; dix-neuf entre soixante et soixante-dix; dix entre soixante-dix et quatre-vingts : tel est le bilan de notre observation. De ce tableau, il ressort clairement que c'est l'hypertrophie de la prostate, ou bien un affaiblissement de la contraction vésicale qui, en amenant une rétention partielle, favorise le séjour et l'accroissement des graviers dans la vessie.

NATURE DES PIERRES OBSERVÉES

La plupart des pierres que nous avons observées étaient mixtes, c'est-à-dire composées d'un noyau urique avec des stratifications de phosphates alentour. Nous avons trouvé quelques calculs phosphatiques d'emblée (obs. XXII et XXVIII) par exemple; mais la plupart étaient des récidives. Quelques calculs de petit volume étaient purement uriques. Jamais nous n'avons rencontré de calculs d'oxalates, et presque toujours nous avons pu exécuter le broiement sans recourir à la percussion. Quant au volume des pierres, la plus grosse prise que nous ayons faite a été de quatre centimètres, et la plus longue durée de nos opérations a été de deux heures.

Survie après la première opération.
1° Perdus de vue (6 malades).

Sur nos 36 opérés, 6 ont été perdus de vue étant guéris (obs. XI, XIV, XV, XVI, XVII, XX). Le malade de l'observation XV avait une récidive. Le malade de l'observation XX a été suivi pendant trois ans après sa première opération.

2° *Morts de l'opération.*

2 malades : obs. IV et obs. XXXI. Ce dernier avait déjà subi la lithotritie une dizaine d'années auparavant.

3° *Morts d'autres maladies ou d'accidents urinaires avec ou sans récidive de pierre.*

Un an après la 1re opération	:	3 malades : obs. I, IX, XIII.
Deux ans après l'opération	:	4 malades : obs. V, XXIII, XXV, XXVI.
Trois ans —	:	2 malades : obs. XVIII, XIX.
Quatre ans —	:	1 malade : obs. XII.
Cinq ans —	:	1 malade : obs. X.
Onze ans —	:	1 malade : obs. I.
Douze ans —	:	1 malade : obs. II.

Age auquel les malades sont morts.

Trois de soixante à soixante-cinq ans; trois de soixante-cinq à soixante-dix ans; cinq de soixante-dix à soixante-quinze ans; deux de soixante-quinze à quatre-vingts ans, un de quatre-vingts à quatre-vingt-cinq ans.

Opérés vivants et bien portants.

Ils sont au nombre de 13 (VI, VII, VIII, XXII, XXVII, XXVIII, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV et XXXVI), opérés depuis neuf ans, huit ans, quatre ans et demi, trois ans, deux ans et demi, deux ans,

quatorze mois, six mois, cinq mois et demi, quatre mois et un mois. Il y a en outre deux récidivistes (obs. XXI et XXIV), âgés le premier de quatre-vingt-trois ans et le second de soixante-dix-sept ans.

MORBIDITÉ. ACCIDENTS. DIFFICULTÉS

La morbidité à la suite de nos opérations a été très faible; elle a été faible particulièrement chez les calculeux phosphatiques dont l'un, âgé actuellement de 78 ans et demi, a subi douze opérations et jouit cependant, à part son état vésical, d'une parfaite santé.

Nous avons eu de temps à autre quelques accidents fébriles; mais à mesure que nous avons appris à mieux évacuer les débris et à mesure que nous avons soigné davantage notre antisepsie, nous avons vu ces accidents se réduire de plus en plus, et nous pouvons affirmer que la lithotritie est une des opérations les plus bénignes de la chirurgie. La plupart de nos malades ont pu se lever dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Le sujet de l'observation X, un vieux confrère habitant la campagne, a pu, trois jours après l'opération, aller tuer des cailles dans les prés voisins de sa demeure.

L'un de nos plus anciens clients, qui habite un département voisin du nôtre et que nous avons opéré douze fois, vient nous trouver dès qu'il ressent les symptômes de la pierre et s'en retourne généralement chez lui huit jours après l'opération. Dans quelques cas les douleurs et l'hématurie persistent pendant un certain temps, et, lorsque la poussière qui reste dans la vessie est complètement évacuée, l'urine s'éclaircit du jour au lendemain et le malade voit disparaître toute douleur. Dans quelques cas, des lavages quotidiens au nitrate d'argent à 1/1000 m'ont paru favoriser ce retour de la vessie à l'état normal. Bref, les suites de la lithotritie sont presque toujours insignifiantes comme morbidité. Nous n'avons pas d'éléments personnels suffisants pour la comparer à la taille hypogastrique, puisque nous n'avons eu que deux fois l'occasion de pratiquer cette opération pour la pierre; or dans l'un de ces cas le malade, porteur d'un calcul enchatonné, succomba alors qu'il avait supporté presque sans réaction plusieurs opérations de lithotritie.

Ajoutons que la lithotritie laisse une paroi abdominale intacte, avantage précieux, tandis que la taille hypogastrique, malgré les perfectionnements apportés à la suture, expose le malade à un certain degré d'éventration.

Hormis quelques accès de fièvre consécutifs, nous n'avons

jamais eu dans nos 76 opérations de lithotritie aucun accident opératoire à déplorer.

Nous n'en dirons pas autant des difficultés de l'opération qui varient selon l'état de la vessie, la difficulté du transit prostatique, le volume de la pierre et la manière dont le malade supporte le chloroforme. Nous avons l'habitude d'endormir très complètement nos opérés; cependant, chez certains dont la sensibilité est peu développée, nous nous contentons d'un sommeil léger selon les préceptes de notre maître Guyon. Nous faisons toujours donner le chloroforme à petites doses en nous conformant aux indications de MM. Terrier et Baudouin. La cocaïne, essayée dans un cas, nous a paru insuffisante et nous ne l'employons plus pour la lithotritie, opération où il ne faut pas se presser. La position très déclive de la tête et l'élévation considérable du bassin nous ont rendu des services pour saisir les petits fragments cachés derrière une grosse prostate.

Chez deux de nos malades, nous avons rencontré des pierres enchatonnées. Elles ne sont pas très difficiles à diagnostiquer lorsqu'on a un peu l'habitude de la lithotritie. On les reconnaît à ce que l'instrument frotte, toujours dans le même point, sur une surface rugueuse qu'il ne peut saisir, quelle que soit la position donnée aux mors du brise-pierre et les mouvements imprimés au patient. Chez notre malade de l'observation XXV, en pratiquant la taille hypogastrique en présence et avec le précieux concours de M. le Dr Legueu, nous trouvâmes la pierre enfoncée dans une logette admettant l'extrémité de l'index, juste au point où nous l'avions découverte pendant nos tentatives de lithotritie. Jusqu'à présent l'enchatonnement de la pierre est une indication formelle de taille hypogastrique. Je ne crois pas qu'on puisse espérer déloger à l'aide du brise-pierre ces calculs sur lesquels on n'a pas de prise.

L'exposé que nous venons de faire de notre statistique intégrale de lithotritie montre que cette opération donne des résultats excellents, même si l'on envisage les résultats éloignés. Elle prouve que les calculs opérés quand ils ne sont pas trop gros n'entraînent, pour ainsi dire, aucun état morbide, le malade se guérissant en quelques jours. On peut en tirer enfin cette conclusion que la lithotritie n'est pas une opération de prestidigitateur, comme certains l'ont prétendu; qu'elle est à la portée de tout chirurgien qui voudra se donner la peine de l'étudier, qu'enfin elle doit être l'opération de choix contre les calculs vésicaux, la taille restant une opération exceptionnelle dirigée contre les rares calculs non justiciables de la lithotritie, en raison de leur volume, de leur dureté, de leur enchatonnement ou des autres maladies vésicales qui peuvent les compliquer.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Observation I. — M. P..., soixante ans, type d'arthritique; calcul urique : 7 séances ancienne méthode : 14, 18, 23, 28 juin; 3, 15 et 20 juillet 1880. Aucun accident. M. P. reste guéri jusqu'en 1885. Le 2 mai 1885, exploration positive. Le 5 mai 1885, lithothritie rapide avec l'aide du Dr Dianoux. Il y a 2 pierres au moins, dont une de 15 millimètres. L'opération dure une heure. Il reste des douleurs à la miction. Le 13 mai 1885, exploration positive. Le 15 mai 1885, séance complémentaire de vingt minutes. Le 23 mai, exploration négative. Vu l'hypertrophie prostatique, on conseille des sondages quotidiens. M. P. vit sans récidive de pierre jusqu'en octobre 1891 et meurt à soixante et onze ans de pyélo-néphrite. Une exploration pratiquée quelques semaines avant la mort a montré qu'il n'y avait pas de pierre. Donc la 1re série d'opérations avait amené une guérison de cinq ans de durée, de 1880 à 1885; la seconde série une guérison définitive de la pierre. La malade n'a succombé que cinq ans après à des accidents d'origine prostatique. Dans le cours de sa maladie, M. P. a présenté, outre les accidents urinaires, une série d'accidents arthritiques tels qu'hydarthrose, bronchite avec asthme, psoriasis généralisé, etc.

Obs. II. — M. P..., âgé d'environ cinquante-six ans, grand, gros, coloré. Petit calcul urique. Deux séances, l'une le 3 et l'autre le 15 juillet 1880; accès de fièvre après la première séance (ancienne méthode); guérison. Mort douze ans après en 1892 d'accidents cérébraux, sans aucune récidive urinaire.

Obs. III. — M. M... (de Thouaré), soixante ans; vieillard perclus par rhumatisme chronique progressif. Quatre séances (ancienne méthode), les 21 et 26 juillet, 17 et 22 août 1881. Après l'une des séances, accidents cholériformes. Il reste prostatique, mais très soulagé de ses douleurs urinaires. Il succombe environ un an après par suite d'accidents probablement complexes (bronchite, affection cardiaque, état des reins).

Obs. IV. — M. V..., tailleur, soixante-trois ans. Plusieurs pierres depuis deux ans au moins, probablement depuis un temps beaucoup plus long. Il n'a reçu que des soins médicaux. Une séance de lithotritie (ancienne méthode) en novembre 1882. Cette séance est suivie de cystite intense et d'accidents fébriles sérieux ainsi que de rétention d'urine. Tentative de lithotritie rapide; durée 1 h. 1/2, avec l'aide du Dr Gruget. Pendant les quatre jours qui suivent l'intervention, le malade a de la rétention d'urine, il est affaissé, mais son pouls ne dépasse pas 90 à 100. Le cinquième jour, le pouls monte à 120; la langue devient noire et sèche et le malade succombe évidemment par pyélo-néphrite le huitième jour après l'opération.

Obs. V. — M. Bag..., soixante-huit ans; assez grosse prostate; pierre urique; crises très douloureuses. Le 12 mars 1884, séance de lithotritie de vingt minutes avec l'aide du Dr Dianoux; on cesse l'opération avant d'avoir complètement débarrassé la vessie. Le 25 juin 1884, nouvelle

séance. Évacuation aussi complète que possible. Amélioration très grande; disparition des crises douloureuses. Ces deux opérations n'ont été suivies d'aucun accident.

Vers la fin de l'année, le malade présente des symptômes intermittents de calcul. On suppose qu'il s'agit d'une pierre se logeant dans une cellule vésicale.

En 1886, nous constatons une nouvelle pierre; mais le malade, par avarice, refuse de se laisser opérer. Il succombe un an après sans que nous l'ayons revu.

Obs. VI. — M. Rou..., soixante ans. Hématuries depuis un an. Peu de douleurs; petit calcul urique; coliques néphrétiques antérieures. Méat très petit. Une séance sans évacuation en mars 1884. Aucun accident. Quelque temps après, un gros gravier vient s'arrêter au méat. Nous le faisons sortir avec l'anse d'une épingle à cheveux. En 1885, nouveau gravier urique broyé le 23 juin. En 1886, troisième pierre urique broyée le 23 juillet. Le malade va faire une cure à Contrexéville. Il revient guéri de la pierre, mais goutteux. Il est actuellement vivant, très bien portant, sauf la goutte, et il est âgé de soixante-neuf ans.

Obs. VII. — M. Mèr..., soixante-neuf ans. Grosse prostate; douleurs au col vésical. Pierre urique avec couche de phosphates. Petite séance sans chloroforme le 15 juillet 1884. Le 26, séance avec chloroforme et évacuation, avec l'aide du Dr Dianoux. Aucun accident; huit mois de calme. En mars 1885, nous broyons un calcul phosphatique; huit jours après, orchite de cathétérisme qui dure deux mois. Le 27 octobre 1885, nous broyons un gravier situé près du col vésical, à gauche, situation nettement indiquée par le malade.

La santé reste bonne pendant près de deux ans. M. M. vide sa vessie avec la sonde et fait des lavages. Malheureusement, au commencement de l'année 1887, il est repris d'orchite de cathétérisme et reste deux mois sans se sonder. En août 1887, il sent un nouveau calcul et revient se faire opérer à Nantes, le jeudi 22 septembre. Le canal prostatique est devenu très difficile et le brise-pierre fenêtré, notamment, ne passe qu'avec peine. Les accidents de l'opération qui a duré vingt-cinq à trente minutes, sont une rétention d'urine le soir même de l'intervention et un peu de fièvre les deuxième, troisième et huitième jours.

Le 14 juin 1888, M. M. subit sa 6e opération. Le 4 mai 1889, sa 7e, toujours sans accidents graves. Il a cependant un peu de fièvre.

La 8e opération est faite au mois d'août 1889 et suivie d'une période très bonne qui dure près de huit mois.

Le 14 février 1891, 9e opération; calcul de 15 millimètres entièrement phosphatique. Aucun accident.

Le 14 juin 1892, 11e opération sans accidents. Le 27 janvier 1893, 12e opération. La traversée de la prostate est devenue fort difficile. Le malade est âgé actuellement de soixante-dix-huit ans et demi. Sauf sa pierre, l'état est parfait. La vessie est très irrégulière. A l'une des sorties nous ramenons dans les mors un petit morceau de muqueuse. Le canal saigne beaucoup, mais non la vessie. J'enlève après la lithotritie

terminée un petit fibrome de la plante du pied. Le calcul broyé est gris noir, de 15 millimètres environ. Depuis lors il y a eu deux hématuries. Aux dernières nouvelles (28 mars 1893), le malade était très bien.

Obs. VIII. — M. Hyacinthe B... (de Frossay), trente-neuf ans. Vu le 1er mai 1885. Symptômes rationnels de pierre depuis 18 mois; depuis quatorze ans, diverses attaques de coliques néphrétiques; M. B... a eu notamment, il y a dix-huit mois, une série de coliques qui a duré six à huit jours et il n'a pas expulsé de gravier. Pierre urique de 2 cent. 1/2. Broiement avec évacuation; aucun accident. Revu en 1889 bien portant, au moins quant aux voies urinaires.

Obs. IX. — M. Trev..., cinquante-neuf ans; blanchisseur impotent par suite de rhumatisme chronique. Signes rationnels de la pierre. L'explorateur frottant sur une longue surface, on suppose qu'il y a plusieurs pierres ou bien une pierre très grosse. Je propose la taille hypogastrique qui est refusée. Je tente alors la lithotritie qui est assez pénible et dure une heure et demie au moins. Bien que l'opération ait été longue et laborieuse il n'y a aucun accident. L'opération ayant eu lieu le 13 mai 1885, je fais le 23 mai une exploration négative. Le malade succombe un an après sans nouveaux troubles urinaires.

Obs. X. — M. le Dr P..., médecin à Carq..., soixante-cinq ans environ, calcul urique de 15 millimètres fort difficile à saisir. L'opération pratiquée en septembre 1885 n'est suivie d'aucun accident. Le malade sort dès le troisième jour pour aller tirer des cailles dans ses prés. M. P. vécut encore quatre à cinq ans et succomba à une autre maladie.

Obs. XI. — M. Léb..., cinquante ans; ouvrier aux Chantiers de la Loire. Symptômes de pierre depuis un an environ. Amélioration par le santal que lui donne son médecin. Ce dernier parvient à extraire deux graviers arrêtés au méat. Pour le second, il incisa le méat dans l'angle supérieur. Le 26 novembre 1885, symptômes rationnels de calcul. Exploration positive; vives douleurs; opération le 30 novembre 1885. Quatre introductions de brise-pierre suivies d'évacuation. Violent accès de fièvre dans la journée. Les jours suivants, pas d'accidents nouveaux. Le malade revu le 22 février 1886 ne souffre plus, mais il y a un rétrécissement à la partie postérieure de la fosse naviculaire. Il a repris son travail aux Chantiers de la Loire. Perdu de vue.

Obs. XII. — M. de C..., soixante-dix-sept ans. Accidents urinaires fréquents mais mal déterminés depuis l'âge de dix-huit à vingt ans. Il y a dix ans, urétrotomie interne par le Dr Joüon. Depuis quelques mois, symptômes de pierre. Examen avec M. Joüon le 10 mars 1886. Pierre paraissant petite, en arrière et à gauche du col. Le 31 mars, opération avec l'aide du Dr Joüon. Incision du méat, introduction des instruments pénible; assez mauvais chloroforme; 4 introductions suivies d'aspiration. Frissons violents mais peu prolongés le premier et le septième jour après l'opération. Pierre uro-phosphatique de 3 centimètres. 10 avril 1886 : exploration positive. 13 avril, 2e séance : on trouve une pierre de 2 centi-

mètres et des fragments mous. Aucun accident consécutif, ce que nous attribuons à l'évacuation mieux réussie des fragments. Guérison complète en juin. Depuis lors la santé s'est maintenue pendant un an à dix-huit mois. Nous avons appris du Dr Joüon que de nouveaux symptômes de pierre s'étaient montrés, mais que le malade se refusait à toute nouvelle intervention. Mort quatre ans plus tard, à quatre-vingt et un ans, d'une maladie sur laquelle nous manquons de renseignements.

Obs. XIII. — M. Sib..., soixante-seize ans, atteint depuis douze ans d'affection pulmonaire très sérieuse. Il y a deux ans, coliques néphrétiques. En 1884, accidents de catarrhe vésical. Le malade refuse l'exploration. Le 12 juillet 1886, signes rationnels de la pierre. Exploration positive. Opération le 15 juillet avec l'aide du Dr Laënnec. Durée une heure, chloroforme compris. Broiement de pierres d'un à deux centimètres et de nombreux fragments. Pas d'accidents. Guérison de la pierre. Mort quatre mois après de son affection cardio-pulmonaire.

Obs. XIV. — M. A..., ex-chef de musique, cinquante ans. Petite pierre urique opérée en septembre 1886. Durée de l'opération : 30 minutes. chloroforme compris. Suites : un peu de cystite. Guérison en huit jours. La guérison se maintenait deux ans après.

Obs. XV. — M. Hal..., soixante-quatre ans. Symptômes rationnels de pierre déjà anciens. Douleurs vives. État général bon, première opération le 14 janvier 1887. Durée quarante-cinq minutes; pierre phosphatique molle. Le surlendemain et le quatrième jour, douleurs et rétention. Guérison en quinze jours. Le 23 juillet (6 mois plus tard), douleurs et pollakiurie; mictions toutes les demi-heures. Le 24 juillet, broiement d'un gravier phosphatique d'un centimètre. Le 29 août, le malade part guéri. J'ai su depuis par son médecin que M. H. avait une récidive; mais je ne l'ai pas revu.

Obs. XVI. — M. Bar..., cinquante-cinq ans, laboureur, de Gesté (Maine-et-Loire). Symptômes rationnels de la pierre depuis plus d'un an. Douleurs vives, incapacité de travail. Pierre phosphatique volumineuse. Une heure de broiement et d'évacuation. Accidents : catarrhe vésical; hématurie assez forte; pas de fièvre. Le malade part le neuvième jour. J'ai appris depuis qu'il avait pu reprendre son travail; mais je ne l'ai pas revu.

Obs. XVII. — M. Cab..., soixante-six ans; grand, maigre, bonne mine, bon état général. Il rend de l'acide urique depuis dix ans. Il y a deux ans il a expulsé deux graviers gros comme des grains de blé. Depuis trois à quatre mois, symptômes rationnels de la pierre. Le 15 avril, exploration positive.

Le 21 août 1887, avec l'aide du Dr Dianoux, je brise une pierre de 25 millimètres. Durée une demi-heure. La pierre est assez molle.

Aucun accident consécutif. Le malade ne vidant pas sa vessie, je lui apprends à la vider. Revu un an après. Il a conservé un peu de catarrhe dû à l'état de sa prostate. Pas de récidive; perdu de vue depuis.

Obs. XVIII. — M. D..., conducteur des ponts et chaussées en retraite. Depuis douze ans, graviers uriques très durs. Jamais de coliques néphrétiques. Il y a huit mois, après un coït pratiqué debout, douleurs et hématurie. Il y a quatre mois, M. D... est exploré par un médecin d'une petite ville. D'après les renseignements donnés par le malade, il est probable que le canal prostatique seul a été exploré.

Le 1er juin 1887, je constate la présence d'une pierre donnant un son très sec et paraissant très mobile. Opéré le 3 juin 1887. Pierre de 3 centimètres et demi. Pierre extrêmement dure. L'opération dure une heure. Pas d'accidents, mais les douleurs continuent. Nous trouvons qu'il est resté un fragment que nous broyons le 15 juin 1887. La guérison est rapide. Dès lors le malade n'a plus présenté de symptômes de pierre, mais en 1890 il fut pris d'une tuberculose pulmonaire de forme assez insolite et il succomba, trois ans après sa lithotritie, sans récidive de pierre.

Obs. XIX. — M. Br..., âgé de soixante-quatorze ans, ancien entrepreneur de travaux publics, a été opéré en 1884 par le professeur Guyon; il a conservé du catarrhe vésical et une rétention complète due à l'hypertrophie prostatique. De temps en temps il a des accès de fièvre. Exploration négative en septembre 1886. On traite la cystite par des lavages, du santal, etc. Au mois d'avril les symptômes s'accentuent et, au mois de juin, je constate la présence d'une pierre. Opération le 7 juillet 1887 avec l'aide des Drs Laënnec, Dianoux et de Larabrie. Le calcul est, au premier abord, très difficile à saisir. Je prends d'abord un morceau de 15 millimètres, puis plusieurs autres plus petits et je fais une évacuation. Je trouve ensuite un fragment de 2 centimètres que je brise. Bref, en quatre introductions de brise-pierre suivies d'évacuation, je débarrasse la vessie. J'y laisse un peu d'eau boriquée. Aucun accident sérieux, mais continuation du catarrhe et d'un léger état fébrile. Le 16 juillet, exploration positive. Le 18 juillet, séance d'une demi-heure pour broyer un fragment d'un centimètre. Santé générale très bonne jusqu'en septembre 1888. Le 20 septembre je broie un calcul mou d'un centimètre. Amélioration jusqu'en juin 1889. A cette époque je constate un nouveau calcul. Le 26 juin, tentative de broiement à la cocaïne; mais l'insensibilité ne dure pas et je fais donner du chloroforme. Je puis saisir quelques fragments, mais pendant toute la fin de l'opération (15 minutes), je frotte inutilement contre un calcul enchatonné qu'il m'est impossible de saisir. Le malade repousse la taille hypogastrique. Aucun accident immédiat. Mort en 1890 de phlébite, nous a-t-on dit, due probablement à son affection urinaire.

Obs. XX. — M. Gef..., soixante-cinq ans, ouvrier aux Chantiers de la Loire, vu en avril 1888. Cet homme, grand et solide, a des troubles urinaires depuis deux ans. L'exploration montre une pierre de moyen volume. Première opération en avril 1888; suites simples; un peu de cystite. En juin 1889, G... est bien portant.

Le 4 février 1890, expulsion d'un petit calcul gros comme une tête d'épingle. Exploration négative. Le 13 septembre 1890, je trouve une

petite pierre que je brise le 18 septembre avec l'aide du Dr de Larabrie. Pierre phosphatique, au moins en grande partie; vessie très raboteuse. Durée de l'opération : 1 heure. Le malade quitte Nantes sans vouloir attendre l'exploration complémentaire et conservant évidemment des débris. Un mois après il revient souffrant beaucoup, et, chose curieuse, plus la nuit que le jour. Quand les crises le prennent, il se promène au petit trot en tournant dans la chambre comme un animal dans une cage. Calcul phosphatique broyé le 11 décembre avec l'aide des Drs Pérochaud et de Larabrie. Le 17 décembre, exploration négative. Perdu de vue depuis. Récidive évidemment à craindre.

Obs. XXI — M. Bez..., soixante-dix-sept ans, ancien commerçant; santé antérieure excellente. Le 7 juin 1888, rétention d'urine. Il y a eu quelques hématuries les jours précédents. Prostate très modérée. Calcul vésical à l'exploration. Lithotritie le 9 juin 1888 avec l'aide du Dr Dianoux; pierre de deux centimètres. Rien de notable si ce n'est qu'après le premier broiement le brise-pierre a de la peine à sortir et reste enclavé dans la portion pénienne de l'urètre. La guérison survient après une période douloureuse d'une quinzaine de jours. Exploration négative. A la fin de 1888, état fébrile avec symptômes cérébraux inquiétants. Rien à la vessie.

Les années 1889 et 1890 se passent bien. En 1891, nouveaux symptômes de pierre. L'exploration fait constater la présence d'un calcul; mais le malade qui a quatre-vingts ans passés en souffre assez peu et ne veut pas se faire opérer. En 1893, l'état général est toujours bon; il y a peu de douleurs; mais depuis quelques semaines il y a de l'incontinence d'urine.

Obs. XXII. — M. D. C..., marchand de vins, adressé par le professeur Jouon. Homme rachitique, très petit et contrefait. A l'âge de vingt-six ans, il a eu les deux cuisses cassées dans un accident de voiture. A la suite de cet accident, phénomènes névropathiques amendés à Lamalou. Depuis trois ans, signes rationnels de la pierre. Plusieurs explorations négatives ont été faites et, en effet, le calcul n'est pas facile à rencontrer. Cependant on parvient à le découvrir à gauche et tout près du col vésical. Opération le 4 décembre 1888 avec les Drs Jouon et de Larabrie. Calcul mou de 33 centimètres. On fait trois introductions de brise-pierre et trois aspirations à travers une grosse sonde n° 27 qui peut être introduite malgré la petitesse de la verge du malade qui a la taille d'un enfant de dix ans. Douleurs assez vives et urines sanglantes pendant huit à dix jours. Le 17 décembre, exploration négative. Il rend encore quelques débris et, vers le 20 décembre, les douleurs disparaissent. Depuis quatre ans et demi, il n'a rien présenté du côté des voies urinaires.

Obs. XXIII. — M. Eug. Rous..., employé d'usine. Symptômes vésicaux depuis quatre mois. Le malade vide mal sa vessie, a des symptômes de prostatisme plutôt que de pierre. Cependant l'exploration montre un calcul urique que je broie à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1889. Quelques accidents fébriles surviennent du quatrième au cinquième jour. Exploration négative le dixième jour. Le malade quitte l'hôpital n'ayant plus de

pierre; mais il continue à souffrir de la vessie et ne peut ou ne veut l'évacuer et la laver. Il finit par succomber à la fin de 1889, près de deux ans après l'opération.

Obs. XXIV. — M. D. C..., soixante-treize ans, rentier, atteint d'hémiplégie et d'aphasie. Ce malade présente depuis six mois les symptômes de la pierre. L'exploration positive est faite et contrôlée par le professeur Joûon qui nous avait adressé le malade. Pierre de 15 millimètres, urophosphatique. Opération : 22 mai 1889. Guérison sans accident. Le malade vit encore et son état cérébral s'est amélioré ; mais je crois qu'il a une récidive.

Obs. XXV. — M. Bourd..., ingénieur civil, soixante-huit ans. Très bonne santé générale. En 1873, gravelle à diverses reprises ; traitement à Contrexéville. Il y a cinq à six ans, vers 1884, pierre opérée par M. le professeur Chenantais. Cette pierre avait environ 25 millimètres. Cystite fort douloureuse pendant cinq ou six mois. Cette cystite fut améliorée par des injections de morphine dans la vessie. En novembre 1889, nouvelles douleurs et symptômes de calcul. En décembre, séance de lithotritie. On évacue de la pierre phosphatique. Le patient continuant à souffrir, M. Chenantais voulut bien nous confier la suite du traitement. Le 14 février 1890, avec l'aide des Drs Chenantais père et fils, nous broyons du phosphate pendant trois quarts d'heure; à la fin de l'opération, nous ne trouvons plus rien dans la vessie. Aucun accident. Le 17 mai, exploration négative. Depuis lors M. B... a été atteint d'une sciatique qui l'a obligé à passer deux mois au lit. Il a subi un traitement par l'électricité. Ce séjour au lit a déterminé la formation d'une nouvelle pierre que nous broyons le 1er octobre avec l'aide des Drs Chenantais et Leduc. C'est une pierre phosphatique de 15 millimètres. Aucun accident. Cependant M. B... continue à souffrir. Au printemps de 1891, M. le Dr Legueu, de Paris, a l'occasion de voir le malade et de lui faire une séance dans laquelle il ne trouve presque rien. Au mois d'août 1891, je revois M. B..., et je trouve un calcul. Après avoir hésité entre la taille et la lithotritie, le malade préfère cette dernière opération qui est pratiquée le 23 septembre avec l'aide du Dr de Larabrie et de M. H. Malherbe. Aucun accident. Le 17 octobre, on trouve un petit frottement à droite du col, derrière un repli de la muqueuse. Le 19 octobre et le 23 novembre, des tentatives infructueuses sont faites pour saisir ce calcul qui paraît enchatonné. Enfin le malade et sa famille se décident à accepter la taille hypogastrique pour laquelle M. le Dr Legueu veut bien me prêter son précieux concours. L'opération est pratiquée le 17 décembre avec l'aide de MM. Legueu, de Larabrie, Leduc et H. Malherbe, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes. Nous trouvons que la prostate forme du côté de la vessie une saillie comparable à des hémorroïdes gonflées. A droite du col, dans une cavité en forme de doigt de gant, se trouve la pierre que nous retirons non sans peine de cette cavité. Après de copieux lavages, nous fermons le ventre en laissant en place les tubes Périer-Guyon. Les premiers jours, le malade va bien; mais vers le troisième jour l'état s'aggrave; des symptômes d'urémie surviennent et le malade succombe dans le coma le huitième jour.

Obs. XXVI. — M. B..., soixante-cinq ans, ancien courtier maritime. Depuis trois mois, douleurs en urinant et quelques légères hématuries. Pierre mobile paraissant peu grosse. Le 7 juin, broiement d'un calcul peu dur de 25 millimètres. Très bonne vessie, mais prostate difficile ne permettant pas le passage du brise-pierre à mors fenêtrés. Le 14 juin 1890, exploration négative. Mort deux ans plus tard d'apoplexie foudroyante sans avoir présenté aucun trouble urinaire depuis l'opération.

Obs. XXVII. — M. Ch..., soixante-douze ans. Antécédents : bronchites, coliques néphrétiques, expulsion de graviers il y a plusieurs années. Depuis huit jours seulement il présente des douleurs en urinant ; il souffre au bout de la verge et pisse un peu de sang. L'exploration révèle la présence d'un petit calcul mobile. Le 9 juillet 1890, le calcul est broyé et évacué. Durée : 1 heure, chloroforme compris. Aucun accident consécutif ; le malade est toujours en bonne santé.

Obs. XXVIII. — M. Mer...., de Saint-Viaud, près Paimbœuf, est âgé de cinquante-cinq ans. Il a depuis quelque temps des douleurs en urinant et des arrêts dans le jet. Douleur au bout de la verge à la fin de la miction. La marche et la voiture sont pénibles. L'exploration fait sentir le contact d'une pierre qui paraît très petite. Opération le 21 novembre 1890. Avant de procéder au broiement, on fait un petit examen cystoscopique qui montre dans la vessie deux calculs très blancs. On dirait deux petits œufs d'oiseau sur un fond rouge. Les deux calculs phosphatiques sont broyés aisément. Aucun accident fébrile. Le malade part guéri. Il passe bien l'année 1891. En mai 1892, reprise d'hématuries et de douleurs. Exploration négative. Les symptômes sont attribués à la cystite.

Obs. XXIX. — M. Aub..., armurier, soixante-dix ans, vieillard maigre mais alerte. Il a eu dans sa vie de nombreuses attaques de gravelle. Depuis le mois de juillet 1890 il a eu des hématuries et des douleurs en urinant, surtout après la marche. La prostate n'est pas hypertrophiée. On constate une pierre; mais la vessie est contractée et sensible. Le 6 mars 1891, je broie une pierre urique de 15 millimètres. Il est fait deux introductions du brise-pierre. A la seconde (brise-pierre à mors plats) on arrache un petit morceau de muqueuse. Suites : accès de fièvre le deuxième jour ; douleurs rhumatismales et crampes persistantes dans les mollets. Ces douleurs ainsi qu'une douleur sciatique persistent pendant plusieurs mois. Le 8 novembre 1891, M. Aub... est parfaitement bien.

Obs. XXX. — M. Bois..., soixante-douze ans, ancien pharmacien. Troubles urinaires depuis six mois. Homme gros, rouge, acnéique. Il a autrefois rendu des graviers, mais pas depuis deux ans. Il a les symptômes rationnels de la pierre, sauf que la voiture ne l'incommode pas notablement. Il ne pisse que deux fois par nuit. Exploration positive.

Opération le 30 juin 1891, avec l'aide du D[r] Dianoux. Le brise-pierre fenêtré ne peut pénétrer. Le brise-pierre à mors plats broie un calcul très dur d'un centimètre. La voie étant plus libre, le brise-pierre fenêtré passe et je fais des prises nombreuses de 10 à 15 millimètres. Suites : rétention d'urine complète nécessitant des sondages suivis de lavages à

l'acide borique. Le malade se guérit et reste bien portant jusqu'en mars 1892 où je trouve un nouveau calcul. La prostate est extrêmement large et tellement difficile à franchir que l'on croit être dans la vessie alors que l'on est seulement dans le canal prostatique. La pierre ne peut être saisie. On cesse les manœuvres. Aucun accident. Quelques jours plus tard, après une injection de cocaïne, nous constatons derechef la présence de la pierre avec un explorateur Thompson-Guyon, le 2 avril 1892. Je puis même introduire un brise-pierre et faire une prise de 2 centimètres; mais le malade n'étant pas endormi, je lâche la prise et remets au lendemain le broiement qui peut être mené à bien le 4 avril 1892, sans incident notable. La vessie et l'urètre sont lavés au nitrate d'argent à 1 p. 1000, comme le conseille le professeur Guyon. En mars 1893, exploration négative.

Obs. XXXI. — M. G..., de Paimbœuf, soixante-douze ans, opéré il y a dix ans environ de la pierre par M. Chenantais, est resté bien portant pendant nombre d'années. Depuis plusieurs années cependant les troubles ont reparu. Ils se sont accentués depuis un an environ avec des alternatives de souffrances vives et d'un état presque normal en apparence. Depuis quelques mois les douleurs sont devenues très vives et les urines horriblement fétides. Je vois le malade avec le Dr Bousseau et constate la présence d'une pierre. M. G... devait venir à Nantes pour se faire opérer, mais il se trouva tellement souffrant que je dus l'opérer chez lui. Le 30 septembre 1891, broiement d'un calcul très dur de 3 centimètres au moins. L'opération fut très longue. Il fallut 20 minutes pour saisir et broyer un petit fragment situé près du col. La durée totale de l'intervention fut de deux heures. Les jours suivants, il n'y eut pas de fièvre, mais le malade urina très peu. Le troisième jour, frisson violent; les urines deviennent extrêmement fétides et le malade succombe presque sans souffrance le sixième jour.

Obs. XXXII. — M. Al..., ouvrier à l'usine à gaz, soixante-sept ans. Homme grand, maigre, assez robuste. Il y a dix ans environ, il se heurta la verge contre une pelle à charbon, dans l'obscurité, et il fait, à tort ou à raison, remonter à cet accident le début de ses souffrances. Depuis neuf ans il pisse du sang, a de la pollakiurie et des douleurs. Il peut travailler dans l'usine, mais la marche est très pénible. Les urines sont glaireuses. Divers traitements purement médicaux ont été essayés. Le malade vient me consulter et je constate la présence d'un calcul paraissant volumineux. Il y a de plus une double hernie inguinale qui gêne notablement les manœuvres. Opération le 18 février 1892. Pierre de 4 centimètres; broiement en deux heures; aucun accident notable. Aide de M. H. Malherbe. La vessie a été lavée avant et après l'opération ainsi que les jours suivants avec du nitrate d'argent à 1 p. 1000. Un peu de rétention après l'opération; aucun autre accident. En janvier 1893, le malade est bien portant.

Obs. XXXIII. — M. B..., soixante et onze ans, originaire du Midi, présente les symptômes de la pierre, mais assez atténués. La prostate est peu volumineuse, mais la vessie est très faible, peut-être, probablement

même, par suite des effets d'un ancien rétrécissement du méat combinés à ceux des progrès de l'âge. Les troubles urinaires datent de trois ans environ. On trouve une pierre très nette. Le 9 octobre 1892, avec l'aide du Dr Legrand de la Liraye et de M. H. Malherbe, je broie une pierre de trois centimètres et demi sans incident notable. Le malade qui est atteint, comme nous l'avons dit, de paresse vésicale, est invité à se sonder au moins une fois par jour.

Obs. XXXIV. — M. D..., ferblantier, soixante ans, souffre en urinant depuis plusieurs années. Pierre mobile, paraissant peu volumineuse. Broiement sans incident le 19 octobre 1892. Après huit à dix jours, tout va bien. Rien à noter de particulier.

Obs. XXXV. — M. H..., propriétaire, soixante-quatre ans, fils de pierreux. Antécédents : dix-huit mois d'asthme; gravelle pendant plusieurs années. Depuis quelque temps, signes rationnels de pierre. L'exploration est positive. Le 8 décembre 1892, avec l'aide du Dr Heurtaux, nous broyons un calcul urique de 2 centimètres sans aucun incident. Guérison.

Obs. XXXVI. — M. L..., soixante-neuf ans, retraité des douanes, habitant Trentemoult. Il eut sa première hématurie il y a plusieurs années, alors qu'il était gardien au lazaret de Mindin. Il expulsait très fréquemment des débris de gravier. L'explorateur Thompson en ramena dans son œil; il semblait qu'il y eût au moins deux pierres, l'une à droite, l'autre à gauche. Opération le mardi 8 mars 1893. Après une tentative infructueuse de cystoscopie, nous introduisons le brise-pierre fenêtré et nous broyons et évacuons la pierre. Le huitième jour, opération d'une acné hypertrophique du nez. Le malade ne vidant pas sa vessie est invité à se sonder régulièrement.

Les tumeurs de la paroi abdominale antérieure autres que les fibromes. — Un cas de tératome,

Par le Dr Gross, Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Les tumeurs de la paroi abdominale antérieure sont une affection rare. On les réunit d'habitude dans une description commune se rapportant plus particulièrement aux *fibromes*, que l'on observe le plus fréquemment.

Ces tumeurs *siègent* le plus souvent *dans les parties antéro-latérales*, le plus ordinairement dans la zone des muscles droits ou les régions ilio-inguinales. En général, elles occupent l'intervalle entre la ligne blanche et l'épine iliaque ou l'arcade crurale, plus souvent à droite qu'à gauche. Elles sont situées dans l'épaisseur des couches aponévrotiques et musculaires, toujours recouvertes par les lames aponévrotiques antérieures des gaines musculaires,

mais rapprochées du péritoine auquel elles adhèrent parfois au point que leur lieu de naissance a été placé par quelques auteurs, dans le tissu conjonctif sous-séreux ou pré-péritonéal. MM. Labbé et Remy, dans leur magistrale monographie[1] sur les fibromes, ont démontré que le pédicule qu'on a cru leur reconnaître « n'existe pas souvent, s'il a jamais existé »; mais « si ces tumeurs ne sont pas très éloignées du squelette, on peut leur trouver un prolongement adhérant à l'os par une large surface ou par une partie étroite et pédiculée ».

Les tumeurs de la paroi abdominale se rencontrent *presque exclusivement chez les femmes*. Sur 100 observations, MM. Labbé et Remy n'ont compté que 4 hommes; Ledderhose[2] en a noté 10 sur le même total.

Ces tumeurs apparaissent surtout *pendant la période d'activité sexuelle* de la femme, et depuis Nélaton, tous les observateurs ont signalé la grossesse comme un antécédent à peu près constant. L'importance de cette dernière, au point de vue étiologique, a été diversement interprétée. Comme il est des cas où l'apparition de la néoplasie a coïncidé avec un traumatisme de la paroi abdominale, Herzog[3] et Lemcke[4] ont pensé qu'une rupture musculaire en était le point de départ, et MM. Labbé et Remy sont d'avis que l'accouchement doit être considéré comme produisant une série d'efforts violents qui peuvent à leur tour amener pareille rupture. Cette opinion est fortement combattue par Ledderhose; elle est passible, en effet, d'objections sérieuses. Nous admettons volontiers, avec cet auteur, que la rupture musculaire, si rupture il y a, est effet et non cause; mais que la congestion, la distension, le tiraillement de la paroi abdominale pendant la grossesse, la fatigue par les efforts de l'accouchement, sont la *cause occasionnelle, causa movens* qui fait éclore une néoplasie, dont la *cause première* et *déterminante* doit être cherchée dans une *prédisposition locale* et *individuelle* comme pour tout néoplasme en général.

I

La majorité des tumeurs de la paroi abdominale sont des *fibromes*. Elles montrent, à la coupe, un aspect feutré; des bandelettes à reflet nacré sillonnent la surface de section, s'enchevê-

1. Labbé et Remy, *Traité des fibromes de la paroi abdominale*, Paris, 1888.
2. Ledderhose, *Die chirurgische Erkrankungen der Bauchdecken* (*Deutsche Chirurgie*, Lief 45b, 1890, p. 52).
3. Herzog, *Ueber Fibrome der Bauchdecken* (*Vier Falle aus der Volkmann'schen Klinik*), Munich, 1883.
4. Lemcke, *Ueber Fibrome des praeperit. Bindegewebes* (Dissert., Berlin, 1884).

trent, ou sont disposées en cercles concentriques. On y trouve les éléments de tissu fibreux, à divers degrés d'évolution; des fibres rectilignes et ondulées, des cellules rondes et fusiformes du tissu conjonctif. A l'intérieur du néoplasme, la vascularité est peu marquée; par contre, à sa surface, il existe souvent une coque riche surtout en vaisseaux veineux. Les fibromes sont des tumeurs bénignes qui ne récidivent que si leur extirpation a été incomplète.

Nombre de tumeurs décrites sous ce nom ne sont pas des *fibromes types*. Analysées au microscope, on y trouve une proportion de cellules fusiformes telle que les fibres connectives passent absolument au second rang. On les considère comme des *fibromes en voie d'évolution*. Leur aspect est celui des *tumeurs fibro-plastiques* de Lebert et Robin; elles sont un intermédiaire entre le fibrome et le sarcome à cellules fusiformes.

Nous avons observé l'an dernier un type de ces tumeurs. Voici l'observation de notre malade.

Observation I. — *Fibrome de la paroi abdominale. — Extirpation. — Guérison.* (Observation recueillie par M. Wilhelm, interne du service.)

Mme D..., vingt-quatre ans, tailleuse, entre à notre service le 28 janvier 1892. C'est une jeune femme, petite, délicate, sans antécédents héréditaires, réglée à quinze ans, toujours régulièrement, atteinte de leucorrhée. Mariée depuis quatre ans; deux accouchements normaux, il y a trois ans et un an. A eu la rougeole et la scarlatine pendant sa jeunesse; l'an dernier, la fièvre muqueuse.

L'affection actuelle aurait débuté il y a deux ans (un an après le premier accouchement). A cette époque, la malade s'aperçut qu'elle portait une petite grosseur au-dessus de la région inguinale droite. Cette tumeur a toujours été indolore. Depuis six mois, elle augmente de volume.

On constate immédiatement au-dessus de l'arcade crurale droite, une tumeur ovoïde à grand axe parallèle à l'arcade, mesurant environ 0 m. 12, sur 6 centimètres de largeur. Cette tumeur est dure, peu mobile, indolore. La peau glisse facilement au-devant d'elle. La tumeur n'augmente pas de volume quand la malade tousse; elle tend à s'enfoncer dans la profondeur de la région quand la malade plie la jambe, et quand elle relâche les muscles abdominaux. La tumeur devient, au contraire, fixe et plus saillante, lorsque ces muscles sont contractés.

Au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac droit une résistance que le palper bimanuel démontre être produite par la partie profonde de la tumeur qui fait donc saillie vers la cavité abdominale. La matrice semble légèrement refoulée en arrière et à gauche.

On conclut à l'existence d'un *fibrome* de la paroi abdominale et on décide son extirpation.

Opération le 30 janvier. — Précautions antiseptiques habituelles; chlo-

roformisation. Incision tégumentaire parallèlement à l'arcade crurale et suivant le grand axe de la tumeur. Incision du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose du grand oblique. On découvre la tumeur qui est entourée d'une couche celluleuse assez résistante surtout vers la partie interne; on décortique la partie saillante de la tumeur en haut, en dehors et en bas. Vers le côté interne, la tumeur semble plonger dans la fosse iliaque; elle est recouverte à sa partie supéro-interne d'une couche musculaire qui semble être le petit oblique; il faut diviser les faisceaux musculaires pour continuer l'énucléation. Après avoir sectionné, entre deux ligatures, deux veines qui se trouvent sur le trajet du bistouri, on énuclée la partie profonde de la tumeur. Vers la partie externe, celle-ci s'amincit au fur et à mesure qu'on s'approche de l'épine iliaque antéro-supérieure; on trouve en ce point un semblant de pédicule contenant une petite artériole qu'on est obligé de lier. Au fond de la plaie, une certaine étendue de péritoine est mise à découvert, mais la séreuse est intacte. Après avoir assuré l'hémostase du foyer opératoire, on applique une suture à surjet sur les plans musculo-aponévrotiques et on ferme la plaie tégumentaire au moyen de sept points au crin de Florence et sans drainage. La région opératoire est recouverte de gaze iodoformée, et l'abdomen et le bassin sont entourés d'un pansement ouaté compressif.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. Le pansement et les sutures sont enlevés au douzième jour; l'opérée quitte le service en parfait état de santé le seizième jour (15 février).

Examen de la tumeur. — La tumeur extirpée a une forme générale ovoïde, à grand axe transversal; sa surface est lisse et régulière; cependant vers son bord supérieur, il y a deux lobulations peu marquées. Le poids de la tumeur est de 150 grammes.

A la coupe, la tumeur est composée de deux parties qui sont irrégulièrement distribuées, l'une blanche, résistante, élastique, a l'aspect du tissu fibreux; l'autre rosée est un peu moins consistante; de plus on y voit quelques parties beaucoup plus colorées, même foncées; ce sont de petits foyers hémorragiques.

L'examen microscopique démontre que la tumeur est presque uniquement constituée par des éléments cellulaires fusiformes rappelant les éléments cellulaires *fibro-plastiques*. Ces éléments sont disposés par bandelettes diversement entrecroisées et séparées par de rares et étroits faisceaux de fibres connectives. Là où les éléments fusiformes sont coupés perpendiculairement, ils font l'effet de cellules embryonnaires. Les vaisseaux sont rares. Examinés avec attention, on reconnaît que les éléments fusiformes ne sont que des cellules connectives; en raison de leur grande quantité, la tumeur doit être considérée comme un fibrome *en voie d'évolution et d'accroissement.*

Des tumeurs analogues ont été citées par Sappey [1], Gosselin [2],

1. Sappey, *Gaz. des hôp.*, 1850, p. 29.
2. Bodin, *Des tumeurs fibreuses péripelviennes chez la femme*, Thèse de Paris, 1861.

Saenger [1]; elles sont sujettes à *récidive* lors même que leur extirpation paraît avoir été complète.

Voici une observation qui le démontre.

Obs. II. — *Fibrome péri-pelvien.* — *Récidive.* — *Extirpation.* — *Guérison.* (Observation rédigée par M. Jacques, interne du service.)

La nommée J..., trente-quatre ans, faïencière, entre au service le 23 janvier 1893. Comme antécédents héréditaires, on note que sa mère est morte à cinquante-quatre ans, après une affection utérine accompagnée de métrorragies, qui dura six mois. Réglée à quinze ans et mariée à dix-neuf ans et demi, Mme J... fit une fausse couche après quelques mois de mariage, puis eut un an plus tard une fille actuellement vivante. Le mari mourut il y a dix-huit mois de tuberculose pulmonaire.

La malade n'accuse aucune affection antérieure à celle qui l'amène à l'hôpital. Celle-ci débuta à l'âge de vingt-trois ans par des douleurs lancinantes dans la région ilio-inguinale droite; un médecin consulté diagnostiqua une tumeur qui possédait alors les dimensions d'une noix environ, faisait saillie à la surface de l'abdomen, et était tout à fait mobilisable au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. La tumeur augmenta progressivement de volume jusqu'en janvier 1889. A ce moment elle atteignait les dimensions d'une tête d'enfant. Comme phénomènes subjectifs, il existait des douleurs intermittentes dans l'aine avec irradiation vers la hanche et la cuisse.

C'est alors que la malade fut adressée à un chirurgien qui extirpa la tumeur. D'après les renseignements obtenus, l'ablation pratiquée en avril 1889 s'est faite sans difficulté. Le néoplasme, *de nature fibreuse*, était développé dans la paroi abdominale, et tenait au périoste, au voisinage de la symphyse pubienne, par un pédicule gros comme un tuyau de plume. Le point d'implantation de ce pédicule fut ruginé. La tumeur extirpée, on constata qu'on avait enlevé du même coup une étendue notable du péritoine pariétal, intimement fusionné avec elle. Les anses intestinales étaient à nu sur plusieurs points. Les brèches du péritoine furent fermées avec l'épiploon qui fut attiré en bas et suturé avec les bords des ouvertures faites à la séreuse. Cela fait, le ventre fut fermé par une suture double, profonde et superficielle, sans drainage. Le foyer opératoire suppura, ce qui nécessita de grands débridements avec contre-ouvertures dont la cicatrisation exigea plusieurs mois.

En février 1892, les douleurs qui avaient complètement cessé reparurent et bientôt une nouvelle tumeur se montra de nouveau au point où elle avait primitivement apparu. Au mois de juillet, elle avait le volume d'une noix: elle se développa ensuite rapidement sous l'influence d'un commencement de grossesse qui se termina il y a deux mois par une fausse couche de six mois. Les douleurs qui étaient devenues violentes, au point de rendre la marche et les efforts impossibles, s'amendèrent à partir de ce moment; mais en même temps apparaissait au côté externe de la

1. Saenger, *Ueber desmoides Geschwulste der Bauchwand, etc.* (*Arch. f. Gynaek.*), Bd XXIV, 1884, p. 7.

tumeur un nouveau lobe au niveau duquel la peau rougit momentanément. Aucun phénomène du côté du tube digestif. Pas d'amaigrissement.

Etat actuel : à l'examen de l'abdomen, on aperçoit à droite, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, très saillante, faisant au-dessous d'elle un repli très net admettant facilement la main. Sa forme est ovoïde, à grand diamètre parallèle à l'arcade. La peau est saine sauf à la partie la plus saillante de la tumeur, où elle est amincie, pigmentée, cicatricielle et sèche. La mensuration donne les résultats suivants : circonférence ombiliale, 0 m. 70; circonférence passant par les épines iliaques antéro-supérieures, 0 m. 89; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 0 m. 13; de l'ombilic à la symphyse pubienne, 0 m. 19; de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic, 0 m. 15; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic, 0 m. 21. La tumeur mesure dans son plus grand diamètre 0 m. 16.

La tumeur est située immédiatement sous la peau, dure, bosselée et divisée en trois lobes : Un lobe presque médian, gros comme les deux poings; un autre immédiatement en dehors de celui-ci, confinant à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, atteint les dimensions d'un œuf d'oie, ainsi que le troisième qui touche au ligament de Poupart. Des sillons assez profonds séparent les trois lobes.

La tumeur semble plonger dans la fosse iliaque sans qu'on puisse délimiter la face postérieure; elle est mobile d'avant en arrière et de haut en bas, mais fixe transversalement. On peut introduire les doigts entre l'épine iliaque et la tumeur, mais il est impossible de faire de même entre celle-ci et l'arcade.

Autour de la cicatrice pigmentée, on sent directement sous la peau, des adhérences épiploïques et intestinales à la tumeur. Aussi la tumeur, mate à la percussion dans toute sa partie inférieure, présente-t-elle dans sa moitié supérieure une zone de sonorité au niveau de laquelle passe une anse d'intestin que la main déprime facilement. Partout la peau peut être plissée sur le néoplasme sauf à la partie tout à fait inférieure, autour des fistules qui persistèrent en ce point.

Au toucher vaginal, on sent l'utérus mobile, en situation normale; les culs-de-sac latéraux sont libres; le droit est toutefois moins profond que le gauche.

La pression de la tumeur ne détermine de douleurs qu'au niveau où l'intestin la recouvre; mais il existe des douleurs spontanées irradiées vers la hanche et la cuisse, survenant de temps en temps et durant un certain temps.

Il n'y a de troubles ni du côté de l'appareil digestif, ni du côté des organes génito-urinaires.

L'état général est bon; la malade n'a nullement maigri.

Opération le 1er février. — Après anesthésie chloroformique et antisepsie de la paroi abdominale, on pratique le long du bord supérieur de la surface cicatricielle, une incision parallèle au grand axe de la tumeur, d'une longueur de 0 m. 15. Immédiatement sous la peau, on rencontre la tumeur, et en la disséquant vers en haut, on trouve bientôt le péritoine pariétal et lui adhérant dans une longueur de 0 m. 10 environ, l'épiploon

qui est détaché avec lui et donne lieu à un écoulement sanguin abondant. Vers en bas, la face antérieure de la tumeur est facilement dénudée. La partie supérieure de la tumeur est coiffée du péritoine de la fosse iliaque qu'elle a refoulé devant elle et qui lui adhère intimement. On décolle ce feuillet péritonéal en haut et en dedans, où l'on rencontre le cul-de-sac vésical et la vessie qui adhérait également. On libère alors la tumeur en bas des adhérences uniquement cellulaires qu'elle avait contractées avec la branche du pubis et on complète l'énucléation.

L'hémostase est faite par quelques ligatures, puis on réunit par un surjet au fil de soie la lèvre supérieure du péritoine de la paroi abdominale antérieure au bord décollé de la tumeur du feuillet péritonéal tapissant primitivement la fosse iliaque et qui avait été refoulé par le néoplasme. Excision du tissu cicatriciel cutané. Suture des téguments au crin de Florence. A la partie moyenne de l'incision cutanée, on laisse un orifice par lequel on introduit dans la plaie une mèche de gaze *iodoformée* comme moyen d'hémostase et de drainage.

Pansement antiseptique et compressif.

Examen de la tumeur. — Le néoplasme extirpé présente une forme irrégulière et lobulée. Son volume atteint à peu près celui d'une tête d'enfant. Son poids égale 1100 grammes. Sa surface est lisse, dans l'intervalle des sillons où passent des travées fibreuses, sa consistance est assez molle, mais résistante. A la coupe, on voit que la tumeur est composée d'un tissu blanchâtre, coupé de grosses travées dures et nacrées, qui plus abondantes au centre de la tumeur, donnent à cette partie une consistance supérieure à celle de sa périphérie.

Au microscope, on trouve sur des coupes prises en différents points de la tumeur, à côté de grandes fibres connectives disposées en faisceaux et adultes, un grand nombre de fibres festonnées, jeunes, séparées par des traînées de cellules fusiformes en voie de transformation fibreuse. La tumeur est un *fibrome en voie d'évolution rapide*, une *tumeur fibro-plastique*.

Les suites de l'opération ont été simples. Le dixième jour, on enlève les points de suture. La cavité laissée par l'extirpation de la tumeur s'est réunie en grande partie par première intention, sauf dans le trajet de la mèche iodoformée; elle se comble progressivement et la cicatrisation est achevée au bout de six semaines. La malade sort guérie le 23 mars, munie d'un bandage hypogastrique destiné à soutenir la cicatrice abdominale.

Nous estimons qu'il faut grouper à part le *sarcomes*. Les *sarcomes à cellules fusiformes*, ou *fibro-sarcomes* de la paroi abdominale, diffèrent trop histologiquement et cliniquement des fibromes pour qu'on les confonde plus longtemps avec eux. Sydow[1], Laroyenne[2], Sklifossowski[3], Sczeparowicz[4], Volkmann[5],

1. Sidow, *in* Labbé, *Traité des fibromes*, p. 220.
2. Laroyenne, *Gaz. des hôp.*, 1869, p. 450.
3. Sklifossowski, *in* Labbé, p. 252 et 265.
4. Sczeparowicz, *in* Labbé, p. 250.
5. Volkmann, *in* Herzog., *loc. cit.*

Nicaise [1], Péan [2], Labbé [3], Terrillon [4], Brun [5], Horoch [6], Monteils [7], Segond [8], Heiberg [9], en ont cité des exemples. Ledderhose [10] en a réuni 28 observations.

Quant au *sarcome à cellules rondes*, il est rare : Péan [11], Cameron [12], Heyfelder [13], Howard A. Kelly [14] l'ont observé. Nous en avons recueilli un remarquable exemple. Voici notre observation.

Obs. III. — *Sarcome à cellules rondes de la paroi abdominale. — Extirpation. — Récidive. — Mort.* (Obs. recueillie par M. Riche, interne du service.)

La nommée Cl..., femme de chambre, âgée de dix-neuf ans, entre dans notre service le 10 juin 1889. C'est une grosse fille blonde, d'assez robuste apparence, sans antécédents héréditaires. Elle a été réglée à onze ans et demi; depuis quelques mois, des irrégularités menstruelles seraient survenues. Il y a une leucorrhée assez abondante.

A l'âge de six ans, la malade a eu au niveau de l'abdomen, à gauche de l'ombilic, une affection locale dont elle ne peut préciser la nature et qui a laissé une cicatrice. A neuf ans, elle fut atteinte d'une jaunisse, qui, au dire de la malade, aurait persisté près d'un an; à onze ans, elle eut une hémorragie nasale et buccale assez abondante. Durant l'hiver qui a précédé son entrée à l'hôpital, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu localisé au poignet droit et au genou gauche.

Le début de la maladie actuelle remonte à un an; elle apparut sous l'aspect d'une petite tumeur indolore, de la grosseur d'une noisette, située à la paroi abdominale, à droite, dans la région sous-ombilicale. Depuis une chute qu'aurait faite la malade, cette tumeur augmente plus rapidement. Depuis une huitaine, elle est le siège de quelques douleurs.

1. Nicaise, *Tumeur fibreuse intra-pariétale de la paroi abdominale*, etc. (*Bull. Soc. chir.*, 1878, p. 618), et *Fibro-sarcome de la paroi abdominale* (*Bull. Soc. chir.*, 1886, p. 180).
2. Péan, *Leçons de clinique chirurgicale*, t. II, 1875 et 1876, p. 655, et *Tumeurs de l'abdomen*, t. I, 1880, p. 172.
3. Labbé, *loc. cit.*, p. 198.
4. Terrillon, *Fibro-sarcome volumineux de la paroi abdominale*, etc. (*Bull. Soc. chir.*, 1885, p. 922).
5. Brun, *Fibro-sarcome de la paroi abdominale*, etc. (*Arch. de gynécol.*, 1886).
6. Horoch, *Fibro-sarcome de la paroi abdominale* (*in* Labbé, *note additionnelle*, p. 360).
7. Monteils, *Fibro-sarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale*, etc. (*Bull. Soc. chir.*, 1887, p. 108).
8. Segond, *Fibro-sarcome de la paroi abdominale* (*Sem. méd.*, 1888, p. 457).
9. Heiberg, *Ueber Neoplasmen der Bauchwand* (*Centr. f. Gynaek.*, 1889, p. 708).
10. Ledderhose, *loc. cit.*, p. 75.
11. Péan, *Leçons de clinique chirurgicale*. Années 1874-1875, p. 567; années 1877-1878, p. 808. — *Tumeurs de l'abdomen*, t. I, 1880, p. 144.
12. Cameron, *in* Labbé, p. 62.
13. Heyfelder, *in* Saenger, *loc. cit.*, p. 30.
14. Howard A. Kelly, *in* Labbé, *note additionnelle*, p. 360

En examinant le ventre, on aperçoit à droite, dans la région sous-ombilicale, à 0 m. 10 en dehors et en bas de l'ombilic, une tumeur saillante, du volume d'une orange, avec dilatation du réseau veineux superficiel. Les téguments paraissent adhérents à la partie la plus saillante de la tumeur, mais celle-ci est manifestement développée dans la paroi abdominale et semble siéger dans la gaine du muscle droit. Elle est régulière, rénitente, pseudo-fluctuante, indolore. Rien de particulier à noter du côté de l'état général, sauf une légère teinte ictérique des sclérotiques.

En raison de la consistance mollasse de la tumeur, de son adhérence à la peau, de la dilatation du réseau veineux sous-tégumentaire, de son accroissement qui paraît rapide, on conclut à un *sarcome* développé dans la gaine du muscle droit et on décide l'extirpation.

13 juin. — Chloroformisation et précautions antiseptiques habituelles. Incision des téguments de haut en bas, suivant le grand axe de la tumeur, elliptique à son extrémité inférieure, de manière à circonscrire la partie où la peau est adhérente. On dissèque la tumeur que l'on trouve adhérente à la gaine du muscle droit et développée dans son intérieur. On résèque la partie avoisinante du muscle, au-dessus et au-dessous de la tumeur. Il reste une plaie profonde qui ne peut être réunie que par une suture profonde enchevillée à trois fils d'argent. Au-dessus, suture superficielle au crin de Florence; pas de drainage. Pansement compressif avec gaze iodoformée et coton hydrophile.

La tumeur enlevée pèse 250 grammes. Sa forme est régulièrement ovoïde, son diamètre vertical est de 0 m. 10; son diamètre transversal de 0 m. 07. Étudiée histologiquement, elle présente tous les caractères de *sarcome à cellules rondes.*

Les suites opératoires ont été simples et la guérison a été facile et rapide. Durant les premiers jours après l'opération, la malade a présenté un léger ictère. Elle quitta l'hôpital au bout d'un mois (13 juillet).

Le 22 mars 1890, Cl... se représente à notre service, atteinte *de récidive.* A gauche de l'ombilic, on constate une volumineuse tumeur, occupant toute la région du muscle droit, s'étendant en dehors jusqu'à la verticale passant par l'épine iliaque antéro-supérieure, et dépassant la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic. La tumeur est molle, ramollie; les téguments qui la recouvrent sont bleuâtres, amincis, envahis par la néoplasie en voie d'ulcération en deux points situés l'un en dehors et au-dessus, l'autre en dehors et au-dessous de l'ombilic. A la palpation, il est facile de reconnaître que toute l'épaisseur de la paroi abdominale est atteinte et l'on sent une masse volumineuse plongeant dans le ventre.

La néoplasie progresse avec une grande rapidité; les téguments envahis s'ulcèrent, et bientôt la surface de la tumeur tout entière ne présente plus qu'une vaste ulcération de laquelle se détachent des lambeaux de tissu sarcomateux sphacélés. En même temps, la néoplasie gagne en étendue, elle envahit le côté opposé de la paroi, la masse profonde augmente aussi de volume; et finalement la paroi abdominale antérieure tout entière est occupée par une volumineuse tumeur, remplissant une grande partie de l'abdomen, tumeur ulcérée et sphacelée, donnant lieu à des hémorragies inquiétantes. L'état général de la malade périclite, des

phénomènes d'intoxication septicémique graves surviennent; la fièvre est intense, les forces déclinent, et la malade succombe le 12 juin 1890.

A l'autopsie, on trouve une tumeur de la paroi abdominale d'un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte, constituée par une masse friable, irrégulièrement lobée, ulcérée et sphacélée à sa surface, plongeant dans la cavité abdominale qu'elle remplit au point de déplacer et de refouler les anses intestinales sur les côtés. La face profonde de la tumeur n'est pas ulcérée; le péritoine est envahi et dégénéré; il est impossible de le séparer de la tumeur. A la périphérie, les différents plans fibro-musculaires de la paroi sont atteints par la dégénérescence et ce n'est que sur les flancs qu'ils redeviennent reconnaissables. L'examen histologique démontre qu'il s'agit d'un *sarcome encéphaloïde* à accroissement rapide.

Les faits précédents prouvent que l'on rencontre dans la paroi abdominale toute la série des néoplasmes du *type vasculo-conjonctif*, des *tumeurs desmoïdes* de J. Müller et des auteurs allemands. Ces tumeurs : *fibromes*, *fibroïdes*, *sarcomes à cellules fusiformes* et à *cellules rondes*, prennent naissance dans les couches connectives de la paroi abdominale sous les mêmes influences que dans les autres régions du corps. Elles sont formées par des tissus dont les éléments entrent dans la constitution même du terrain où elles sont nées. Leur pathogénie ne saurait prêter à une discussion spéciale.

II

Il n'en est plus de même d'un deuxième groupe de tumeurs, caractérisées par le mélange et la combinaison des néoplasies précédentes avec des éléments dont on ne retrouve pas les analogues dans la paroi abdominale. Tels sont notamment les *fibro-myômes*.

Dans quelques observations plus anciennes, la texture myômateuse du néoplasme est douteuse; exemple une observation de Buntgen [1]. Il est, en effet, très difficile de distinguer les fibres musculaires lisses des cellules conjonctives fusiformes. Tous les histologistes mentionnent la possibilité d'erreur à ce sujet. Néanmoins Duchaussoy [2], Panas et Brière [3], Ledderhose et Pertik [4] ont rapporté des analyses de tumeurs de la paroi abdominale, d'apparence fibromateuse, dans lesquelles la présence de *fibres musculaires lisses* semble hors de conteste. Loria [5] a signalé un *myôsarcome*.

1. Buntgen, *in* Labbé, p. 307.
2. Duchaussoy, *in* Labbé, p. 151.
3. Panas et Brière, *Fibro-myôme des parois abdominales* (*Gaz. des hôp.*, 1878).
4. Ledderhose et Pertik, *in* Ledderhose, *loc. cit.*, p. 62.
5. Loria, *Ein Fall von Myosarkom der Bauchwaud* (*Prager med. Wochenschr.*, 1890, n° 46; in *Centr. f. Gynaek.*, 1891, p. 264).

Le fait de la découverte de fibres musculaires lisses dans une région où normalement il n'y en a pas, a parfois embarrassé les observateurs, qui ont émis à ce sujet une série d'hypothèses. Sänger [1] a avancé que certains fibro-myômes de la paroi abdominale provenaient du *ligament rond*, lors même que la connexion avec celui-ci ne pouvait être directement constatée. Ils résulteraient, d'après Léopold [2], de quelque irrégularité survenue au troisième et quatrième mois de la vie fœtale dans la disposition des faisceaux musculaires du ligament ou dans son mode d'insertion et d'irradiation vers le canal inguinal et le péritoine. « Nous savons, dit-il, que les ligaments ronds partent des côtés de l'utérus, pour s'étendre sous forme d'arc en avant et en bas, vers l'orifice inguinal interne; ils se dirigent ensuite *confondus avec les fibres des muscles obliques interne et transverse* vers le mont de Vénus, où leurs fibres se perdent dans le fascia superficialis. Combien doit-il être facile que pendant le processus de développement des ligaments ronds, quelques faisceaux musculaires de ce ligament se perdent vers en haut entre les muscles de l'abdomen, voire même se disposent en petits nodules à couches concentriques et y demeurent pendant longtemps sous cette forme. » Leopold se range ainsi de l'avis de Cohnheim; il estime qu'il n'y a de meilleure hypothèse à faire que celle d'un trouble du développement embryonnaire pour expliquer l'origine des fibro-myômes de la paroi abdominale. Ceux-ci naîtraient aux dépens d'un germe congénital.

Sänger [3] émet encore l'hypothèse que dans les cas de développement rudimentaire des ligaments larges, des vestiges de fibres musculaires lisses provenant des canaux de Müller peuvent être entraînés à travers le canal inguinal jusque dans la paroi abdominale.

Enfin Graëtzer [4] et après lui Sänger font encore dériver le fibromyôme de la paroi abdominale, de résidus embryonnaires provenant du tube intestinal primitif ou du diverticule de Meckel. « Dans l'embryon, dit Graëtzer, l'appareil moteur et le canal intestinal sont d'abord représentés par un seul feuillet, le méso-

1. Sänger, *Weitere Beitraege zur Lehre von den primären desmoiden Geschwulste der Gebaermutterbaender besonders der ligamenta rotunda* (*Arch. f. Gynaek.*, t. XXI, 1883, p. 297).

2. Leopold, *Beitrag zur Lehre von den kystischen Unterleibsgeschwulsten* (*Arch. f. Gynaek.*, t. XIV, 1880, p. 412).

3. Sänger, *Ueber primär desmoïd Geschwulste der ligamenta lata* (*Arch. f. Gynaek.*, t. XVI, 1880, p. 267), et *Ueber desmoid Geschwulste der Bauchwand*, etc. (*Arch. f. Gynaek.*, Bd XXIV, 1884, p. 28).

4. Graëtzer, *Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwaud,* Inaugur. Dissert., Breslau, 1879.

derme. Aux dépens de ce feuillet se développent d'une part les muscles avec leurs fascias, d'autre part le tube intestinal et sa séreuse. Dans un stade quelconque du développement embryonnaire, la différenciation pourrait ne pas se faire régulièrement, normalement, et une complication intercurrente survenue sur les limites du système intestinal et musculo-tendineux déterminer une hypergénèse ou une irrégularité de disposition des éléments. Dans certaines conditions, ceux-ci peuvent être excités à s'accroître et apparaîtront sous forme de néoplasme comprenant des fibres musculaires lisses. » C'est la théorie de Cohnheim appliquée au développement des fibro-myômes.

Nous ne pensons pas qu'il faille chercher aussi loin l'explication de la présence des fibres musculaires lisses dans certains fibromes de la paroi abdominale. D'ailleurs Graëtzer lui-même ajoute que ces éléments « peuvent provenir des vaisseaux qui sont dérivés du mésoderme ou bien peuvent être de ces fibres striées restées à la période embryonnaire ».

Nous admettons volontiers que des fibro-myômes puissent se développer aux dépens de *parcelles erratiques du ligament rond*; mais les fibres musculaires lisses rencontrées dans une néoplasie de la paroi abdominale peuvent aussi *dériver directement du mésoderme* ou mésenchyme. Notre collègue, M. Prenant, et la plupart des histologistes sont affirmatifs sur ce point. Dès lors, la présence de ces éléments dans certains fibromes de la paroi abdominale n'est que conforme aux données de l'histogénèse.

Il en est de même pour la présence du *tissu cartilagineux* dans un fibrome. Les éléments du cartilage dérivent du tissu conjonctif. On ne connaît qu'un exemple de tumeur de la paroi abdominale où les tissus fibreux et cartilagineux se sont trouvés réunis. C'est un *fibrome calcifié avec ilots de cartilage hyalin*. Il a été observé par Kirmisson [1] chez un homme.

Il est des tumeurs de la paroi abdominale où le tissu fibreux a été trouvé combiné au *tissu muqueux* et où la néoplasie a mérité la dénomination de *fibro-myxome*. Santesson [2], Billroth [3], Graëtzer [4] ont décrit des tumeurs de ce genre. Leur explication est encore aisée; le tissu muqueux appartient au système conjonctif.

1. Kirmisson, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, Paris, 1890, p. 233.
2. Santesson, *in* Labbé, p. 16.
3. Billroth, *Ein Fibrome der Bauchwand*, etc. (*Wien med. Wochenschr.*, 1873, n° 8, p. 172).
4. Graetzer, *in* Labbé, p. 315.

III

On a décrit des tumeurs avec *formations kystiques* dans leur intérieur. Esmarch [1], Labbé [2] ont signalé le *cysto-fibrome*; Langenbeck [3], Weinlechner [4], le *cysto-myxo-fibrome*; Sänger [5], le *cysto-fibro-sarcome*. La signification des cavités kystiques rencontrées dans ces tumeurs est obscure et prête à discussion. Leur mode de formation a été comparé à celui des cavités kystiques observées dans les tumeurs fibro-cystiques de la matrice. Y a-t-il simple transformation myxomateuse et ramollissement consécutif ou bien liquéfaction de foyers hémorragiques, ou atrophie du tissu connectif interstitiel d'un fibrome riche en éléments cellulaires ou d'un fibro-myxome? C'est l'explication admise par Ledderhose. Nous avons montré ailleurs combien l'origine des cavités kystiques dans les fibro-myômes utérins était encore difficile [6]. Les analyses histologiques précises manquent à ce sujet.

Nous avons observé, il y a quelques années déjà, un cas de tumeur de la paroi abdominale que nous avons désignée comme *cystosarcome* [7], et dont la structure nous a beaucoup intrigué dans son temps. Il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse, mais compliquée d'une assez grande quantité de cavités kystiques, dont quelques-unes se sont montrées tapissées d'une sorte d'épithélium à cellules cylindriques pareil à celui de certains kystes ovariques. La tumeur rappelait un peu la structure de certains cystosarcomes sacrococcygiens. Les cavités kystiques, lorsqu'elles apparaissent dans un sarcome, résultent d'une transformation régressive ou de ruptures vasculaires. On ne les observe guère que dans des sarcomes à marche rapide, récidivant rapidement après leur extirpation. Dans le cas particulier, la néoplasie datait de seize ans, avait apparu à l'âge de vingt-quatre ans et il n'y a pas eu de récidive après l'extirpation, au moins pendant trois ans. Il y avait une certaine différence d'allure et de marche avec le cystosarcome ordinaire, tumeur essentiellement maligne. Une analyse histologique plus rigoureuse que celle qui a été faite nous en

1. Esmarch, *in* Labbé, p. 245.
2. Labbé, *loc. cit.*, p. 118.
3. Langenbeck, *in* Senftleben, *Ueber Fibrome und Sarcome* (*Arch. f. klin. Chir.*, t. I, 1861, p. 105).
4. Weinlechner, *Extirpation eine fur einen Ovarientumor gehaltenen Cysto-fibrome der worderen Bauchwand* (*Wiener med. Blatter*, 1883, n° 1).
5. Sänger, *Ueber desmoïd Geschwülste der Bauchwand*, etc. (*Arch. f. Gynaek.*, t. XXIV, 1884, p. 30).
6. Gross, *Tumeur fibro-cystique de la matrice* (*Rev. méd. de l'Est*, 1892, p. 161).
7. Labbé, *Traité des fibromes*, p. 212.

aurait sans doute donné la clef. Quoi qu'il en soit, il s'agissait d'une tumeur kystique de caractère spécial, et aujourd'hui nous n'hésiterions pas à la ranger parmi les *tumeurs* dites *à tissus multiples*.

Nous trouvons dans Ledderhose un autre exemple de tumeur de la paroi abdominale à structure exceptionnelle. Son analyse histologique a été faite par Stilling et le diagnostic anatomique a été *carcinome*. La tumeur était constituée par des amas de très grosses cellules aplaties, polygonales, à noyau volumineux et par un stroma conjonctif infiltré de petites cellules. Par places, le néoplasme était dans un état avancé de dégénérescence. En divers points, on voyait dans le tissu conjonctif interstitiel, des éléments cellulaires plus volumineux, fusiformes, qui ressemblaient fort aux cellules contenues dans les alvéoles de la tumeur. L'aspect était celui d'une *dégénérescence carcinomateuse d'un sarcome*. Nous rappellerons, sans vouloir en tirer aucune conclusion ferme, que Braune [1] a décrit une tumeur sacro-coccygienne présentant quelque analogie de structure avec la précédente.

Notre impression est que la tumeur de Ledderhose et la mienne étaient des *tumeurs complexes* ou *à tissus multiples* [2], que les anatomo-pathologistes rangent aujourd'hui dans un groupe à part et considèrent comme *développées aux dépens d'un germe congénital*. Nous sommes fortifiés dans notre hypothèse par l'observation suivante, qui fait l'objet principal de cette communication.

IV

Obs. IV. — **Tératome** *de la paroi abdominale. Extirpation. Guérison.* (Observation recueillie par M. Jacques, interne du service.)

Mme P..., âgée de vingt-six ans, ménagère, entre à la clinique le 19 novembre 1892. Antécédents héréditaires nuls. Pas de maladie antérieure. Menstruée régulièrement. Deux enfants vivants et bien portants. Pas de fausse couche. La dernière grossesse date de trois ans.

Il y a un an, la malade remarqua à la paroi antéro-latérale de l'abdomen, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure et à une distance de quelques centimètres de cette saillie, l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dure, indolente, lisse, tout à fait mobile et sans adhérences à l'os. Cette tumeur grossit progressivement et lentement sans déterminer aucun phénomène douloureux jusqu'à trois mois environ avant l'époque actuelle; depuis, elle n'augmente plus de volume; elle avait même plutôt, dit la malade, diminué légèrement sous l'influence

1. Braune, *Die Doppelbildungen*, etc., Leipzig, 1862, p. 48.
2. Trevoux, *Des tumeurs à tissus multiples* (*Thèse*, Lyon, 1888, n° 414). — Quénu, *Traité de chirurgie*, par Duplay et Reclus, t. I, 1890, p. 465. — Bard, *Des tumeurs à tissus multiples* (*Lyon médical*, 6 mai 1888).

du traitement institué (iodure de potassium). La tumeur ne subissait aucune modification sous l'influence du flux menstruel.

État actuel. A l'inspection de l'abdomen, la paroi abdominale soulevée forme une certaine saillie, oblongue, légèrement surélevée, au niveau et un peu au dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Le grand diamètre de la saillie, parallèle à l'arcade de Fallope, mesure 10 c. environ. La percussion pratiquée à son niveau donne une matité superficielle.

A la palpation, on sent une grosseur dure, lisse, ovoïde, d'un volume à peu près égal à celui d'un œuf d'oie; nettement limitée au dedans, elle se prolonge au dehors jusqu'à l'épine iliaque, à la face interne de laquelle elle semble s'insérer par un court pédicule. A la palpation profonde, on arrive à insinuer les doigts au-dessous d'elle et à l'isoler partiellement du paquet intestinal. Dans l'état de relâchement des muscles abdominaux, on la mobilise facilement de haut en bas; transversalement au contraire, on ne peut l'écarter de l'épine iliaque. Quand la malade contracte la paroi abdominale, la tumeur devient fixe et fait une plus forte saillie qu'à l'état de repos.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres; l'utérus est mobile et de volume normal. Pas de ganglions inguinaux.

L'état général est absolument satisfaisant.

Opération le 24 novembre. Anesthésie au chloroforme. Antisepsie de la paroi abdominale. Incision transversale commençant à 0,01 de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et se prolongeant jusqu'à 12 centimètres plus loin, intéressant la peau et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané. L'aponévrose du grand oblique est divisée. On rencontre immédiatement la tumeur sur laquelle s'insèrent les fibres musculaires du petit oblique et plus profondément la lame aponévrotique du transverse. L'énucléation du pourtour est rendue assez difficile à cause de ces insertions. La face profonde, au contraire, est facilement libérée du péritoine sous-jacent. L'énucléation commencée par l'extrémité interne de la tumeur est poursuivie à sa face inférieure de dedans en dehors jusqu'à une sorte de pédicule qu'on sectionne avec les ciseaux et dans lequel se trouve une petite artériole.

Réunion par 3 plans de suture au fil de soie portant le premier sur l'aponévrose du transverse, le second sur celle du grand oblique; le troisième au crin de Florence sur la peau et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Pansement antiseptique et compressif.

Examen de la tumeur. La tumeur extirpée présente une forme régulièrement ovoïde; sa surface est lisse; ses dimensions sont de 9 centimètres de longueur sur 7 et 5 centimètres de largeur et d'épaisseur. Le poids égale 140 grammes. A la coupe on voit des travées fibreuses blanches et dures circonscrivant des espaces occupés par un tissu plus mou, grisâtre et demi-transparent. Un examen histologique sommaire ayant montré des faisceaux connectifs, et entre eux un assez grand nombre de cellules fusiformes, on crut d'abord à un *fibrome ordinaire en voie d'accroissement.* Une étude ultérieure montra que la tumeur possédait une *structure plus complexe* (voir plus loin).

Les *suites opératoires* furent momentanément troublées par la formation d'un hématome dans le foyer opératoire avec mouvement fébrile et suivi de l'évacuation d'environ 150 grammes d'un liquide sanguin, noirâtre, renfermant une petite quantité de pus. A partir de ce moment, la cicatrisation s'opère rapidement et l'opérée sort guérie le 16 décembre.

ÉTUDE DE LA TUMEUR,

Par M. BARABAN, Professeur d'Anatomie pathologique
à la Faculté de médecine de Nancy.

Au premier aspect, la tumeur semble faite de tissu fibreux; on y remarque toutefois quelques kystes dont le plus volumineux, gros comme une noisette, présente des végétations à la face interne.

L'examen microscopique dément complètement les apparences. Dans sa plus grande masse, la tumeur se compose de *tissu musculaire lisse* et de *tissu musculaire strié*. Quant aux *kystes*, ils ne sont point vulgaires : on y trouve en effet la plupart des *épithéliums* et quelques-unes des *glandes* du tube digestif; l'un d'eux présente sur sa paroi un relief allongé, fixé par une sorte de méso et dans lequel on reconnaît avec la plus grande facilité, un *estomac miniature*.

C'est la coupe transversale de cet estomac qui est figurée en I où elle est vue sous un grossissement de 17 diamètres : *Épithélium caliciforme* à la face interne, orifices glandulaires dans lesquels se poursuit cet épithélium pendant un court trajet, puis *glandes en tubes* composés dont le revêtement se compose de deux sortes de cellules, les unes claires, les autres granuleuses (fig. IV). Voilà qui paraîtra suffisamment caractéristique. Ajoutons que le stroma de la muqueuse montre sur un point une accumulation diffuse de cellules lymphatiques et qu'il y a par-dessous la muqueuse une véritable muscularis mucosæ. Une couche conjonctive mêlée de lobules adipeux entoure le tout et se continue au niveau du bord adhérent avec le méso : manque la séreuse et son endothélium qui font défaut sur le petit estomac aussi bien que sur les parois du kyste qui le contient.

Dans un autre kyste, la paroi est formée par une *muqueuse* mi-partie *stomacale* et mi-partie *intestinale*, c'est-à-dire que la moitié de la circonférence montre un revêtement épithélial et glandulaire analogue au précédent, tandis que sur l'autre moitié l'on voit : 1° un épithélium formé de *cellules cylindro-coniques à plateau*, mélangées en proportion variables avec des *cellules caliciformes*; 2° des *glandes tubulées* simples et fort courtes, analogues aux glandes de Lieberkuhn (fig. II); 3° des *villosités rudimentaires*. En dessous de cette muqueuse, se trouve une mince couche de fibres lisses, puis une couche conjonctive, puis une couche de fibres musculaires lisses dont les faisceaux ne sont pas orientés systématiquement, et enfin un tissu fibreux mélangé de fibres lisses, et de fibres striées en proportions variables. Au niveau de la portion stomacale de ce kyste, dans la couche de tissu conjonctif qui double la muscularis mucosæ, se voit un *amas glandulaire* (fig. III) dont la physionomie rappelle le *pan-*

créas, avec cette différence toutefois que les canaux excréteurs n'y sont pas nets : l'épithélium y est comme irrité et remplit la lumière. Non loin de cet amas glandulaire est un très petit kyste dont l'épithélium est mal coloré parce qu'il a subi une sorte de nécrose. On voit cependant qu'il est cylindrique simple, qu'il possède des cellules caliciformes çà et là, et qu'il a été fortement comprimé par le contenu de la cavité.

Dans une troisième cavité, de la taille d'un grain de chènevis, l'on trouvait un *épithélium cylindrique cilié* à plusieurs couches, disposé sur une surface ondulée (fig. V); au-dessous, réseau de fibres musculaires lisses noyées dans un tissu conjonctif riche en fibres élastiques. Dans le voisinage, glandes à mucus. A part le cartilage, la structure rappelle dans une certaine mesure la *muqueuse bronchique*.

Enfin, une quatrième cavité montrait sur sa paroi des revêtements épithéliaux variés : ici un épithélium simple, assez plat, là un épithélium cylindrique simple cilié, avec cellules caliciformes interposées çà et là aux cellules ciliées : ailleurs un épithélium cylindrique stratifié, à couche superficielle vibratile, et enfin le passage de ce dernier à un *épithélium pavimenteux* stratifié. Dans le voisinage de ces deux derniers, le stroma est formé de fibres lisses mélangées à des fibres striées et contient quelques glandes muqueuses. S'il fallait trouver une région du corps humain qui présente tant de types épithéliaux sur un espace relativement restreint, on la chercherait au confluent du tube digestif et des voies respiratoires.

Viennent maintenant d'autres formations d'un type moins bien défini, et par conséquent d'une signification plus obscure. C'est d'abord une couche épithéliale cylindrique simple supportée par un stroma extrêmement riche en petites cellules et dans lequel s'enfoncent des glandes tapissées par le même épithélium que celui de la surface. Ces glandes sont des tubes flexueux; elles ressemblent vaguement à celles de l'utérus, mais ce qui donne quelque valeur à cette ressemblance, c'est qu'au-dessous de ces glandes se trouve une couche extrêmement épaisse de fibres lisses dont les faisceaux se dirigent en tous sens; c'est aussi que des artères volumineuses cheminent en grand nombre entre ces faisceaux.

Les végétations qui tapissent la paroi du plus grand kyste ressemblent à ces végétations que l'on trouve si fréquemment dans les kystes du parovaire; elles sont tapissées par un épithélium cylindrique simple assez irrégulier et à noyaux volumineux relativement au corps cellulaire (fig. VI).

On doit aussi signaler la présence de glandes à mucus isolées ou par groupes entre les faisceaux de fibres lisses ou de fibres striées qui sillonnent la tumeur en tous sens. Il y a parfois autour de ces glandes quelques phénomènes d'irritation conjonctive, tendant à la sclérose et se prolongeant plus ou moins loin entre les faisceaux musculaires du voisinage, mais, en général, cette irritation est peu prononcée et n'aboutit pas à étouffer le muscle. On voit cependant çà et là, certaines fibres musculaires striées qui sont devenues en partie méconnaissables : elles ont perdu leur striation transversale, se sont gonflées jusqu'à devenir plus ou moins moniliformes et ont multiplié leurs noyaux à tel point qu'elles simulent des cellules géantes quand elles se voient en coupe transversale.

De véritables phénomènes inflammatoires s'observent sur quelques

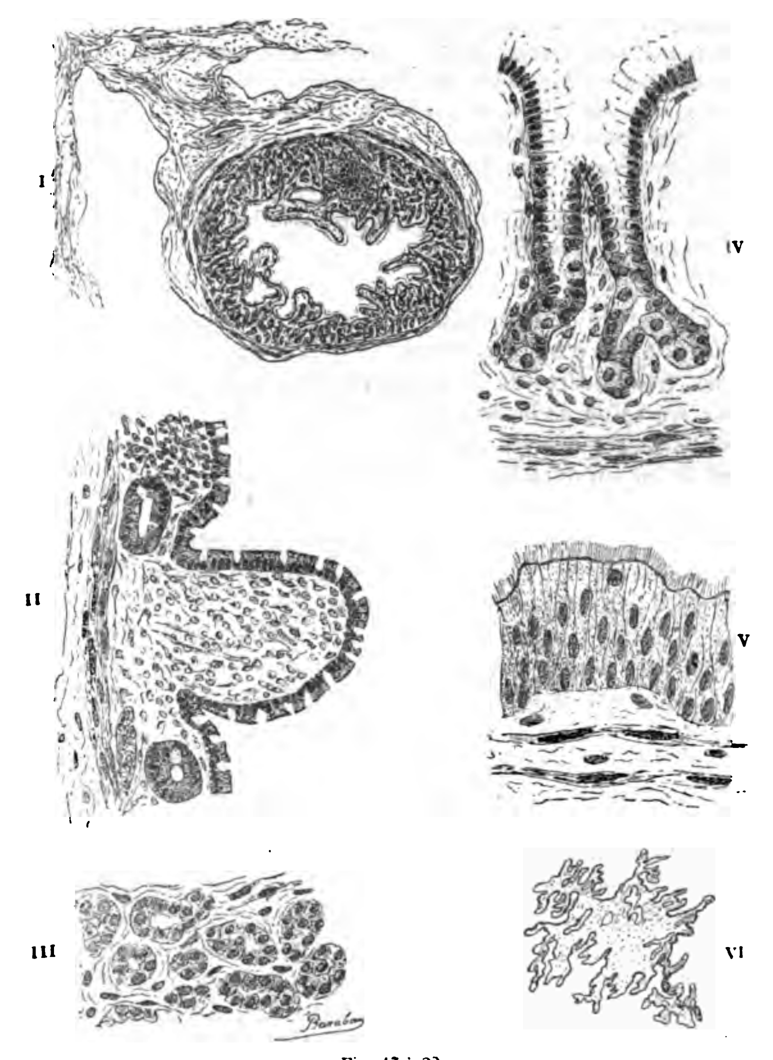


Fig. 17 à 22.
I. — Coupe transversale du petit estomac. Gr. 17.
II. — Coupe d'une villosité intestinale rudimentaire, avec glandes de Lieberkuhn à la base. Gr. 250.
III. — Amas glandulaire analogue aux éléments du pancréas. Gr. 400.
IV. — Une glande du petit estomac. Gr. 400.
V. — Epithélium cylindrique stratifié cilié, analogue à celui des bronches. Fibres musculaires au-dessous. Gr. 500.
VI. — Coupe transversale d'une des végétations qui occupaient une paroi kystique. Gr. 10.

points. Il est une de nos préparations qu'on pourrait prendre pour une préparation de bourgeons charnus : le fond en est fait de petites cellules

rondes entre lesquelles cheminent des capillaires volumineux tous parallèles les uns aux autres. A quoi correspondait cette masse de tissu embryonnaire? à une cavité dépouillée d'épithélium ou bien à un point quelconque de la masse? nous ne savons, mais pencherions volontiers pour la première hypothèse, attendu que nous avons vu, au hasard des préparations, des revêtements épithéliaux tombés en partie et permettant à l'inflammation d'envahir les organes sous-jacents.

Enfin nous signalerons, en terminant, la présence dans le stroma, d'un nodule de *cartilage hyalin*, et nous nous résumerons en disant que cette tumeur se compose d'un *tube digestif imparfait et incomplet entouré de muscles lisses et de muscles striés.*

La structure de la tumeur précédente est éminemment complexe. Il s'agit d'une *tumeur à tissus multiples* dans la force du terme. Deux ordres de tissus y prédominent : les *tissus épithéliaux d'origine endodermique*, et les *tissus vasculo-conjonctifs et musculaires* dérivés du mésoderme; de plus ces tissus sont agencés en productions figurées. Le néoplasme est un *tératome*. Comment comprendre pareille structure?

Un premier point nous paraît absolument évident, c'est que la tumeur est d'origine *congénitale*. Toute autre tumeur ne saurait présenter pareille complexité de structure.

La *théorie histogénétique* en rend difficilement compte. La tumeur ne dérive pas de *cellules embryonnaires* ordinaires. Seule l'hypothèse des *cellules nodales* de Bard [1] pourrait à la rigueur expliquer son origine. « On peut penser, dit Bard, que la prolifération cellulaire n'est pas toujours un processus de multiplication véritable, mais aussi, dans certains cas, un processus de dédoublement. » La cellule embryonnaire est, pour cet auteur, une cellule complexe « qui réunit dans une sorte d'association instable les éléments originels de plusieurs cellules originellement différentes; le dédoublement a pour effet de dissocier ces éléments et de rendre à chacun, avec des caractères particuliers, la liberté de son développement typique ultérieur ». « Supposons, dit Répin [2], en discutant la théorie de Bard, que l'une de ces cellules complexes, de ces cellules *nodales*, échappe aux dédoublements et aux différenciations successives que toute cellule embryonnaire est appelée à subir au cours du développement; supposons qu'après avoir sommeillé dans son état primitif, pendant une période variable de la vie de l'animal, elle reprenne à

1. Bard, *Anat. pathol. générale des tumeurs* (*Arch. de physiol.*, 1er avril 1885, p. 247). — *De la spécificité cellulaire et de l'histogénèse chez l'embryon* (*Arch. de physiol.*, 15 mai 1886, p. 406).

2. Répin, *Origine pathogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1892, p. 78.

un moment donné, sous une influence que nous ignorons, la marche interrompue de son évolution, cette cellule restée complexe ne devra-t-elle pas nécessairement, pour suivre la loi atavique, donner naissance à une gerbe de tissus différents, quoique parents les uns des autres, à un véritable bouquet histologique? Ainsi s'expliquerait l'origine des tumeurs à tissus multiples; ces tumeurs proviendraient originairement d'une cellule unique; seulement la cellule initiale serait une cellule nodale, et la tumeur une fois développée présenterait l'assemblage des différents types histologiques qui se trouvaient contenus virtuellement dans la cellule nodale. Un kyste dermoïde simple, par exemple, descendrait de l'une des cellules ancestrales de l'ectoblaste: un kyste mucoïde de l'ovaire à épithéliums multiples, cylindrique, vibratile, caliciforme, proviendrait d'une cellule endoblastique, arrêtée dans son évolution avant la différenciation des divers épithéliums qui dérivent de l'endoblaste. » Notre tumeur qui renferme de ces épithéliums multiples, cylindrique, caliciforme, vibratile, dériverait-elle, conformément à la théorie de Bard, d'une *cellule nodale endoblastique*? Nous estimons avec Répin, que l'origine d'une tumeur à structure aussi complexe que la nôtre « doit être cherchée avec bien plus de vraisemblance dans un *nid* de cellules déjà différenciées, que dans une cellule nodale unique ». De plus, notre tumeur n'est pas formée par une association de différents tissus, mais elle se caractérise par l'existence de véritables productions figurées telles que la théorie de Bard nous semble les expliquer difficilement.

Une deuxième hypothèse est celle de la formation de la tumeur aux dépens de débris de l'*éminence germinative* et en particulier de l'*épithélium germinatif*. On pourrait supposer qu'à l'époque où l'ovaire, primitivement situé au côté interne et antérieur du corps de Wolff, est descendu dans l'excavation pelvienne, quelques débris *parasegmentaires* ou *parawolfiens* aient été entraînés vers la paroi abdominale pour y devenir plus tard l'origine de quelque néoplasie? Ce mécanisme a été invoqué par Augagneur [1] pour expliquer l'origine de certains kystes dermoïdes inclus dans le mésentère et, en effet, c'est plutôt vers cet organe que vers la paroi abdominale que des débris *paragerminaux* sembleraient devoir se trouver.

On pourrait aussi supposer que quelques débris de ce genre aient été entraînés dans la direction du canal inguinal au moment de la formation du *ligament rond*. Nos collègues Nicolas et Prenant, dont la compétence en embryologie est recon-

1. Augagneur, *Tumeurs du mésentère*, Paris, 1886, p. 33.

nue, nous ont déclaré tous deux cette hypothèse peu admissible.

Nous accepterions plus volontiers que la tumeur pointe de *quelque anomalie de formation de l'épithelium germinatif.*

Nous savons que celui-ci dérive dans l'embryon de la partie de l'épithélium pleuro-péritonéal qui tapisse le côté interne du corps de Wolff. Il est constitué par plusieurs assises de cellules se continuant insensiblement, d'une part avec les cellules péritonéales qui recouvrent le mésentère, d'autre part avec celles qui tapissent la face convexe saillante du rein primitif. On observe parfois « mélangées à ces éléments, des cellules volumineuses à gros noyau sphérique, clair, nucléolé, d'aspect caractéristique et un corps protoplasmatique finement granulé, bien développé. Leur forme est ou bien arrondie, ou bien polygonale et semble dépendre dans une certaine mesure de l'état plus ou moins tassé du tissu ambiant. Ces cellules, connues depuis Bornhaupt et Waldeyer, sont désignées sous le nom d'*ovules primordiaux.* » On admet que ces éléments proviennent d'une différenciation des cellules de l'épithélium germinatif, mais il ne s'ensuit pas que ces dernières sont seules capables d'en fournir. En effet, sur d'autres points de l'épithélium qui tapisse la cavité viscérale, on rencontre des cellules qui ont tout à fait le caractère des ovules primordiaux, par exemple, au niveau du mésentère. Bien plus, Prenaut en a vu dans l'épaisseur de la paroi du corps de Wolff et des canalicules wolfiens, de telle sorte qu' « on est donc conduit à penser, dit Nicolas [1], que *l'épithélium péritonéal tout entier est susceptible de donner naissance à des œufs primordiaux.* Seulement ces formations cellulaires sont abondantes dans l'épithélium germinatif, parce qu'il y a en cet endroit plus d'éléments générateurs, et aussi une suractivité dans l'évolution de ces derniers, en vue de l'édification de la glande génitale. De plus et par les mêmes raisons, c'est seulement dans l'épithélium germinatif que ces ovules primordiaux arrivent à leur complet développement, partout ailleurs ils ne font que paraître, et ne trouvant pas leur raison d'être, avortent. » N'est-il pas admissible pourtant que dans certains cas, exceptionnellement, ils finissent tout de même par arriver à leur développement et être le point de départ d'anomalies embryogénétiques. On pourrait penser que notre tumeur dérive d'une anomalie de ce genre. Ce serait lui appliquer une origine *parthénogénétique* comme Mathias Duval et Repin l'ont fait pour les tumeurs dermoïdes de l'ovaire.

La théorie *embryogénétique* de l'*enclavement* de Verneuil et de

1. Nicolas, *Leçons sur les organes génitaux urinaires, faites à la Faculté de médecine de Nancy.*

Cohnheim nous paraît plus admissible. On peut admettre l'hypothèse que la tumeur dérive d'un enclavement d'une parcelle du feuillet intestino-glandulaire, comme Graëtzer et Léopold l'ont supposé pour les fibro-myômes. Quelques objections cependant peuvent être soulevées. En effet, Verneuil nous a appris que l'enclavement s'opérait sur le trajet des lignes de coalescence des feuillets embryonnaires. Or, si nous nous reportons aux données de l'embryologie, nous voyons que la paroi abdominale primitive est séparée de la lame fibro-intestinale et du feuillet intestino-glandulaire par la cavité pleuro-péritonéale. La soudure des deux feuillets qui formeront l'intestin, puis celle des deux moitiés de la paroi abdominale primitive, ont lieu l'une et l'autre sur la ligne médiane. C'est donc en ce point que peut se faire un enclavement par *pincement* et non sur les régions latérales où a siégé notre tumeur. Il faudrait invoquer la théorie de l'*enclavement* par *adhérence*, formulée par notre éminent président, M. Lannelongue [1], et admettre quelque irrégularité dans la formation de la cavité pleuro-péritonéale, quelque adhérence anormale du feuillet fibro-intestinal avec la paroi abdominale primitive, et partant un enclavement *par adhérence* du feuillet intestino-glandulaire dans cette paroi, en un point autre que la ligne médiane.

L'objection à faire à cette hypothèse nous semble être qu'il devrait former par ce mécanisme une tumeur kystique rappelant l'*adénome intestinal* que Kolaczek [2], Kustner [3], Tillmanns [4], Villar, ont décrit à la région ombilicale, plutôt qu'une tumeur solide telle que celle que nous avons observée. L'argument en faveur de l'hypothèse est la composition de la tumeur dont les éléments constitutifs sont ceux de la lame fibro-intestinale et du feuillet intestino-glandulaire, c'est-à-dire ceux des parties qui précisément auraient pu être enclavées.

Reste une dernière interprétation. La tumeur serait une production *tératologique* et résulterait d'une *inclusion fœtale*. Nous y trouvons des éléments de l'endoderme et de mésoderme, peut-être de l'ectoderme, des ébauches d'organes, un *tube digestif imparfait* et *incomplet*. Il s'agit d'un tératome dans la force du terme. Aurions-nous affaire à un *embryon rudimentaire*, à une *monstruosité*? L'hypothèse a quelque raison d'être. Depuis le tératome par inclusion fœtale, caractérisé par l'existence d'un embryon

1. Lannelongue, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886, p. 124.

2. Kolaczeck, *Beitrag zur Geschwulstlehre* (*Arch. f. klin. Chir.*, Bd XVIII, 1875, p. 340).

3. Kustner, *Das Adenom und die Granulationsgeschwulste am Nabel der Kinder* (*Arch. f. path. Anat.*, t. LXIX, 1877, p. 286).

4. Tillmanns, *Ueber augeborenen Prolaps von Magenschleimhaut durch den Nabelring* (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, t. XVIII, 1882, p. 161).

entier ou des vestiges d'embryon évidents et faciles à reconnaître, il doit exister toute une série de productions de complexité décroissante, jusqu'à la tumeur tératoïde ne contenant plus que des parties embryonnaires à peine indiquées et presque méconnaissables. Notre tumeur se trouve évidemment à un degré inférieur de l'échelle. Ce qu'il y a de particulier, c'est que les ébauches d'organes contenus dans notre tumeur portent principalement sur les dépendances de l'endoderme, ce qui paraît exceptionnel dans les tératomes. D'ordinaire ce sont les dérivés de l'ectoderme qui dominent, même dans les embryomes les plus rudimentaires.

Dans l'hypothèse d'une inclusion fœtale, le siège de la tumeur est aussi insolite. D'après une enquête minutieuse faite par Repin [1], sur l'inclusion abdominale, « le siège des kystes fœtaux ne descend pas au-dessous de l'ombilic; ils sont presque toujours, sinon toujours, en connexion intime avec le tube digestif. Leur véritable siège de prédilection est le mésentère et ses deux annexes, le grand et le petit épiploon ». « La production de l'inclusion abdominale, dit encore Repin, implique une situation étroitement déterminée de deux embryons jumeaux, et cette situation est telle que la greffe de l'allantoïde parasitaire doive nécessairement se faire sur la partie antérieure de l'autosite et non ailleurs. » Il est vrai que Repin rejette la théorie de l'inclusion fœtale pour les kystes dermoïdes de l'ovaire et les tératomes testiculaires.

Il est cependant un exemple certain d'inclusion dans la paroi abdominale. Il est cité par Ahlfeld [2] et dû à Gaither. Le kyste fœtal, compris entre la peau et la couche musculaire de la paroi abdominale, contenait un embryon entier. L'inclusion était sous-cutanée et Ahlfeld l'explique en admettant que l'embryon rudimentaire, primitivement adhérent au feuillet ectodermique, a été entraîné, au moment de l'évolution et du repliement de ce dernier, et inclus entre lui et le mésoderme.

Il serait téméraire de notre part de nous aventurer plus loin sur le terrain de la tératologie. Néanmoins, en nous appuyant sur le fait de Gaither, qui démontre la possibilité d'une inclusion dans la paroi abdominale ainsi que sur la découverte de productions figurées dans notre tumeur, nous estimons que les probabilités sont pour l'hypothèse d'une *inclusion abdominale*.

Nous terminerons notre étude en concluant que les tumeurs de la paroi abdominale ne comprennent pas uniquement des *néoplasmes du type vasculo-conjonctif*, fibromes, fibroïdes, sar-

1. Repin, *loc. cit.*, p. 51.
2. Ahlfeld, *Die Missbildungen des Menschens*. Leipzig, 1880, 1re liv., p. 68.

comes, etc., mais qu'il est aussi des exemples de ces tumeurs appartenant au groupe des *néoplasmes à tissus multiples* et un cas certain de *tératome*. Ces derniers sont d'*origine congénitale*.

Sur un procédé de cure radicale des hernies et en particulier des hernies crurale et inguinale. — Myoplastie herniaire,

Par le Dr Ed. Schwartz, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nous mettons en pratique, pour la cure radicale des hernies, les procédés indiqués jusqu'ici et qui consistent dans la réduction des viscères, à moins que ce ne soit l'épiploon qui est largement réséqué, dans l'isolement du sac, puis sa résection très élevée après ligature en chaîne du pédicule; enfin dans la reconstitution aussi bien que possible de la paroi abdominale au niveau de l'orifice ou du trajet herniaire.

Pour les hernies inguinales, le procédé de Bassini donne certainement de très bons résultats dans la généralité des cas. Pour les hernies crurales, la réfection du canal crural et la consolidation du large anneau qui donne le plus souvent passage à la hernie sont choses bien difficiles, sinon impossibles, malgré tous les artifices qui ont été employés. Quand il s'agit de petites hernies, de petits anneaux, la cure radicale peut être poursuivie et obtenue, mais il n'en est plus de même, quand nous avons affaire à de volumineuses et anciennes hernies qui ont effondré la paroi abdominale et à des anneaux très larges. C'est pour ces cas que l'on a préconisé des procédés autoplastiques ou hétéroplastiques et que l'on s'est efforcé de créer un nouveau soutien contre la poussée des viscères abdominaux, qui en utilisant la peau, qui en se servant de tampons de catgut, qui encore en fermant l'anneau par une plaque ostéopériostique ou osseuse. Nous avons nous-même, dans un certain nombre de cas de cure radicale de grosses hernies avec larges anneaux, employé nombre de fois le tampon de catgut qui était destiné à créer un véritable rempart cicatriciel au niveau du trajet herniaire, après résorption du fil.

Cette manière de faire nous a donné de bons résultats dans les cas d'anneaux moyens, mais ils ont été nuls dans les cas d'anneaux très larges; le port d'un bandage solide et bien fait n'a même pas toujours empêché la reproduction rapide de la hernie.

Au mois de décembre 1892, entrait dans notre service, à l'hôpital Cochin, un nommé W., charretier, âgé de cinquante-six ans, qui portait deux her-

nies crurales, dont l'une, la gauche, était certes la plus volumineuse que nous ayions encore observée. C'est il y a sept ou huit ans à peu près qu'il remarqua qu'il se formait dans l'aine gauche une tumeur qui augmenta constamment de volume sous l'influence des efforts considérables qu'il est obligé de faire. Comme elle est accompagnée de coliques et même quelquefois de vomissements, il va consulter au bureau central et on lui ordonne le port d'un bandage. Malgré tout, elle n'est pas maintenue et passe au-dessous du bandage quand il fait un effort un peu violent. Il y a un an, il s'aperçoit de la présence d'une autre hernie à droite et à partir de ce moment porte un double appareil. Les coliques néanmoins augmentent, et l'empêchent à certains moments de continuer son travail et il vient nous trouver pour que l'on remédie si possible à son infirmité.

L'examen nous permet de constater à droite une hernie crurale grosse comme un œuf de poule, réductible facilement. A gauche existe une hernie crurale grosse comme une tête d'enfant, s'étalant dans toute la longueur du triangle de Scarpa, occupant toute la largeur de la racine de la cuisse. La réduction est possible quoique assez pénible et avec deux doigts on pénètre largement dans la cavité abdominale par l'anneau crural effondré. La hernie ressort dans le décubitus dorsal, dès que les doigts sont retirés.

La cure radicale est proposée et acceptée avec empressement. Il s'agissait de boucher la large brèche crurale et aucun des procédés habituellement mis en usage ne nous satisfaisait. Nous avons alors pensé à utiliser l'autoplastie musculaire, en nous basant sur ce fait que les hernies à travers la paroi abdominale musculeuse sont chose absolument exceptionnelle, et songeant que le tissu musculaire devait constituer une barrière solide et bien mieux appropriée par son élasticité à la contention d'une aussi grosse hernie, que la peau, le catgut, les plaques d'os, etc., etc.

Voici comment a été conduite notre opération : le 12 décembre 1892, le malade est chloroformé. Une incision verticale de 18 centimètres nous fait tomber sur le sac; celui-ci est incisé : nous y trouvons une anse intestinale, la majeure partie des viscères s'étant réduits sous le chloroforme; un gros tampon de ouate au bout d'une pince longuette bouche l'anneau herniaire qui admet deux doigts et mesure transversalement près de 5 centimètres. Dissection et isolement du sac. Ligature en chaîne avec de la soie plate n° 4, du collet, puis résection. Tout cela est très facile grâce à un tissu celluleux très lâche qui enveloppe toutes les parties. Une fois le sac réséqué, il nous reste une énorme fosse dont le relief interne est formé par le moyen adducteur.

Nous ouvrons par une incison longitudinale de 6 centimètres environ la gaine de ce muscle, puis nous disséquons un lambeau musculaire à pédicule supérieur à base inférieure que nous relevons en haut pour l'insinuer contre l'anneau crural et le suturer par quelques soies fines à l'arcade crurale et à l'aponévrose pectinéale. La gaine du muscle ainsi dépouillé est refermée par quelques points de suture, excepté au niveau où le pédicule sort de la gaine aponévrotique. La peau est tellement flasque par suite de son excès que nous nous demandons s'il ne vaudrait pas mieux en réséquer une grande partie; toutefois nous la laissons telle quelle et

suturons tous les tissus cellulo-graisseux au-dessous de la barrière musculaire puis la peau. Pas de drainage. Du côté droit nous avons fait la cure radicale de la petite hernie d'après le procédé que nous employons ordinairement. Isolement, ligature le plus haut possible du sac, résection, puis suture des tissus cellulo-graisseux du canal crural. Suture de la peau au crin de Florence, pas de drainage. Les deux côtés sont pansés à l'aide d'un double spica par-dessus une couche d'ouate stérilisée.

L'opération double a duré en tout une heure et demie. Les suites opératoires ont été parfaites; l'opéré a eu vers le cinquième jour un peu de bronchite qui n'a eu aucun résultat fâcheux malgré les accès de toux qui ébranlaient sa paroi abdominale. Pansement le 20 décembre, ablation des fils.

Le 28 décembre, pansement au collodion.

Le 2 janvier, le malade se lève avec un double spica et il sort guéri le 17 janvier avec la recommandation de porter un double bandage au moins pendant deux ou trois mois.

Nous l'avons revu hier; il ne porte pas son bandage régulièrement; nous constatons que rien n'a bougé ni à droite ni à gauche et, s'il y avait une impulsion un peu plus forte, ce serait plutôt à droite qu'à gauche, par conséquent du côté de la plus petite hernie. Aucun inconvénient du côté de ses adducteurs, toutefois sa paroi abdominale est faible immédiatement en dehors de l'ancien orifice bouché et nous lui recommandons expressément le port régulier de son bandage.

Certes le temps écoulé n'est pas suffisant pour émettre un avis favorable sur le résultat thérapeutique; aussi n'est-ce pas à ce point de vue que nous vous rapportons cette observation. L'avenir seul pourra nous dire si la cure radicale restera complète : nous n'avons voulu que vous indiquer un procédé que nous croyons rationnel et que nous vous proposons d'expérimenter pour juger de sa valeur; peut-être a-t-il déjà été employé, quoique nous n'en n'ayons trouvé trace nulle part.

Ayant eu affaire peu de temps après à une hernie inguinale volumineuse avec effondrement du canal inguinal et large anneau herniaire, nous avons adapté la myôplastie à la cure de la hernie inguinale. Inutile de vous citer ici les quatre observations où l'occasion nous a été offerte de la mettre en pratique. Nous ne vous indiquerons que le manuel opératoire.

La cure radicale de la hernie présente les mêmes temps que d'habitude jusque y compris la ligature avec résection du sac, après incision large du trajet inguinal. Toutefois l'incision cutanée doit être reportée un peu plus en dedans que de coutume et remonter assez haut sur la paroi de l'abdomen.

Le sac étant lié et réséqué de façon à ce que son pédicule se retire le plus loin possible, voici comment se présente le champ opératoire : une incision a sectionné la paroi antérieure du trajet

inguinal ou plutôt a séparé l'un de l'autre les deux piliers de l'anneau herniaire sur une longueur de 4 à 5 centimètres. On voit alors du tissu celluleux et le bord inférieur du muscle petit oblique plus ou moins dissocié, au-dessous duquel passe le cordon spermatique chez l'homme, le ligament rond chez la femme. Nous pratiquons alors le long du bord externe du grand droit, à l'endroit où le pilier interne se jette au-devant de lui, une incision oblique en haut et en dehors qui ouvre sa gaine en traversant l'aponévrose du grand oblique, puis le feuillet antérieur du petit oblique. La gaine ouverte, nous séparons du droit antérieur un lambeau musculaire qui comprenne à peu près la moitié de son épaisseur et ait 5 à 6 centimètres de long; le lambeau est disséqué facilement à la sonde cannelée pour éviter la blessure des nombreuses artérioles musculaires; il tient par un pédicule inférieur et on le sectionne transversalement à 5 centimètres au-dessus. Cela fait, le bistouri est insinué à plat derrière le pilier interne de l'anneau inguinal et pénètre jusque dans la loge du grand droit en y pratiquent une brèche qui donne passage à une pince; à l'aide de celle-ci, on saisit le lambeau musculaire, on le renverse en dehors en l'engageant derrière le pilier interne et on double avec lui tout le trajet herniaire. Quelques points de suture à la soie fixent le lambeau musculaire à la paroi postérieure en arrière, en dehors au petit oblique, en bas à l'arcade crurale, en ayant soin de ne pas blesser le cordon.

Quand le lambeau est fixé, on referme par des sutures à la soie fine la gaine du grand droit, puis on réunit au-devant du muscle les deux piliers de l'anneau inguinal, en ayant soin de les unir au lambeau par un ou deux points de suture. De la sorte on reconstitue une paroi abdominale au niveau du trajet inguinal, comprennant d'arrière en avant le péritoine et son pédicule, les tissus cellulo-graisseux sous-péritonéaux, ce qui reste des muscles transverse et petit oblique, le lambeau musculaire du grand droit, enfin l'aponévrose reconstituée du grand oblique; on n'a pas à s'occuper du cordon, qui passe au-dessous de l'arcade musculaire. Suture de la peau. Dans les quatre cas que nous avons opérés de la sorte, il s'agissait de hernieux et de hernies volumineuses, difficiles à maintenir par des bandages avec des anneaux herniaires laissant largement passer plus de l'épaisseur d'un doigt. Dans un des cas, l'orifice mesurait près de 4 centimètres.

La durée de l'opération n'a pas dépassé celle d'une cure radicale de hernie par le procédé de Bassini, soit 3/4 d'heure à 1 h. 1/4.

Le résultat opératoire a été excellent dans les quatre cas que nous avons eu l'occasion de traiter; rien à dire du résultat défi-

nitif, puisque notre premier opéré ne l'a été que le 1er février dernier.

Trépanation dans un cas d'hydrocéphalie acquise à marche lente,

Par le Dr Mauny (de Saintes).

Observation. — Il s'agit d'un enfant de neuf ans qui, sans cause appréciable, fut pris, il y a trois ans, de crises épileptiformes.

Les parents sont en bonne santé et il n'y a ni syphilis ni tuberculose dans la famille.

Ce petit malade avait présenté pendant assez longtemps, six mois environ, des symptômes d'épilepsie jacksonnienne. Les attaques se généralisèrent ensuite, mais toujours précédées d'une aura dans le membre inférieur droit. Elles se précipitèrent (jusqu'à 25 par vingt-quatre heures).

Je me trouvais en face d'un cas où il semblait exister une localisation du côté des circonvolutions ascendantes gauches, avec augmentation progressive de la lésion. Non seulement la santé, mais aussi la vie se trouvaient directement menacées. L'intelligence était devenue fort obtuse, l'enfant flasque, vacillant, ne vivant plus en somme que de la vie végétative.

En présence d'un état aussi désespéré et la thérapeutique médicale ayant été épuisée, je ne pouvais refuser à la famille, qui me le demandait, les quelques chances offertes par la craniectomie.

L'opération est pratiquée le 30 janvier dernier. Je fais porter la perte de substance en haut et à gauche d'avant en arrière (4 couronnes de trépan), de manière à croiser le sillon de Rolando. Je fais une autre ouverture suivant la direction du sillon et tombant sur la première.

J'agrandis à la pince-gouge. La dure-mère apparaît saine, non bombée, sans modification apparente. Je l'incise dans le sens antéro-postérieur, ce qui donne lieu à un écoulement assez abondant de liquide céphalo-rachidien. Les vaisseaux de la pie-mère paraissent augmentés de volume.

La substance corticale, qui s'affaisse après l'écoulement du liquide, est de consistance molle, mais l'exploration ne me fait découvrir la présence d'aucune tumeur.

Je pratique ensuite, à l'aide d'une fine aiguille aspiratrice, dans la direction du ventricule latéral, une ponction qui donne très peu de liquide.

Suture de la dure-mère au catgut. Tamponnement du diploé par une mèche de gaze iodoformée que je laisse sortir par un angle de la plaie cutanée qui est suturée au crin de Florence. A la fin de l'opération, bien que l'écoulement sanguin ait été minime, le malade est devenu très pâle, le pouls petit. Il a suffi de deux piqûres d'éther pour le relever.

Les suites opératoires furent des plus simples, la température ne dépassa pas 38°.

Le soir de l'opération, il n'y eut qu'une faible crise épileptiforme. Les

trois jours qui suivirent, aucune. L'enfant riait et paraissait mieux comprendre ce qui se passait autour de lui. Pendant cinq à six jours, il se fit un suintement lent de liquide encéphalique, puis vers le douzième jour, l'écoulement cessant, de nouvelles crises se montrèrent. Le quinzième jour, elles se précipitèrent plus fortes que jamais, il y en eut jusqu'à quarante dans la journée. Pas de vomissement, ni d'élévation de la température. Les selles se faisaient régulièrement.

Le dix-septième jour, le malade succomba dans un état de prostration marquée avec une forte dyspnée.

N'ayant pu obtenir l'autopsie, j'ignore quel était le siège de la lésion.

Dans l'espèce, j'allais donc à la recherche d'une lésion cérébrale de nature inconnue et dont le siège ne pouvait être diagnostiqué.

J'ai fait porter mon intervention du côté gauche parce que le malade avait présenté autrefois des symptômes d'épilepsie limitée au côté droit. Mais je n'ai rien trouvé comme lésion, et mon action s'est bornée simplement à donner issue au liquide céphalo-rachidien.

L'amélioration passagère qui suivit s'explique par la décompression cérébrale, décompression trop brusque probablement et trop prolongée aussi malgré la suture de la dure-mère. J'ai la conviction que l'issue fatale de mon petit malade a été due à une hypertension cérébrale succédant à un écoulement trop rapide de liquide.

L'écoulement trop abondant et la reproduction rapide du liquide encéphalique, tels sont en effet les deux facteurs les plus importants dans les interventions pour maladies amenant l'augmentation du liquide céphalo-rachidien (méningites aiguës, apoplexies séreuses, tumeurs intra-cérébrales).

Il faut donc avoir grand soin de suturer aussi complètement que possible la dure-mère et peut-être laisser de côté la ponction ventriculaire qui amène un affaissement trop brusque et par suite une reproduction trop rapide du liquide évacué.

Si les faits analogues à celui que je viens de rapporter ne plaident pas, jusqu'ici du moins, en faveur de l'intervention chirurgicale, la craniectomie n'en demeure pas moins une opération indiquée dans l'hydrocéphalie congénitale ou limitée. Elle me paraît également justifiée dans les cas désespérés et dans le but de mettre les malades dans les dernières chances de salut. Il faudra d'autres faits pour juger la question.

M. Broca. — A propos du fait de M. Mauny, je donnerai d'abord des nouvelles de l'enfant auquel, le premier en France, je crois,

j'ai pratiqué le drainage des ventricules cérébraux en septembre 1890 et dont j'ai dit quelques mots au *Congrès* en 1891. En octobre dernier, cet enfant vivait. La contracture pour laquelle je l'ai opéré n'avait jamais reparu; mais il était resté idiot.

Depuis je suis intervenu, presque à mon corps défendant, chez une fillette à laquelle j'avais enlevé avec succès un spina-bifida sous-occipital, après quoi avait évolué une hydrocéphalie assez rapide. La mort a suivi en quelques heures l'intervention, par écoulement excessif du liquide céphalo-rachidien. Cela prouve que l'opération est loin d'être toujours bénigne.

Voici cette observation, rédigée d'après les notes de M. Diriart, alors externe du service.

Observation. — *Méningocèle sous-occipitale; extirpation; guérison. — Hydrocéphalie subaiguë consécutive; drainage du ventricule latéral gauche; — mort.*

Marthe Th..., née le 21 juillet 1892, fut amenée à l'hôpital Trousseau peu de temps après sa naissance. Elle portait alors à la région sous-occipitale une tumeur congénitale, du volume d'une noix, un peu réductible, sans phénomènes de compression cérébrale, arrondie, de consistance uniforme, se tendant pendant les efforts, les cris se continuant manifestement par un pédicule avec l'intérieur du rachis entre les 2e et 3e vertèbres cervicales. Le père, égoutier, âgé de vingt-sept ans, est bien portant; la mère, âgée de dix-neuf ans, est de très bonne santé; elle dit avoir eu il y a cinq ans un commencement d'eczéma, mais actuellement elle n'a aucune trace de syphilis, ni maux de tête, ni maux de gorge, ni éruption cutanée ou muqueuse; une autre fille, âgée de vingt-huit mois, est très bien portante.

Pendant deux mois environ, la tumeur resta stationnaire, puis elle se mit à grossir, sans motif connu et, en une quinzaine de jours, elle passa des dimensions d'une noix à celle d'une grosse mandarine. L'état général restait d'ailleurs fort bon et l'enfant s'élève très bien, au sein. Aucun phénomène paralytique ou convulsif. La tumeur, régulièrement arrondie, est recouverte d'une peau saine et séparée du crâne et de la nuque par un sillon profond, où il y a un peu d'intertrigo. Pas d'angoisse à son niveau; pas d'hypertrichose. En présence de cet état local s'aggravant, avec menace de rupture, et de cet état général excellent, je me décidai à intervenir en date du 1er octobre.

Je tendis sur la ligne médiane la peau qui était à ce niveau épaisse et bien nourrie. Sous elle je trouvai une poche fibreuse que je fendis et que je vis se continuer dans la profondeur, dans un orifice osseux admettant le bout du petit doigt. J'isolai cette poche jusqu'à son pédicule, comme un sac herniaire et contre le plan osseux je le fermai par une suture en bourse à la soie. Puis je posai un plan de sutures transversales en capitons perdus, à la soie également, et je terminai par la suture de la peau, réduite par un coup de ciseaux de chaque côté, à l'état de deux petits lambeaux latéraux. Réunion sans drainage.

L'enfant fut emportée par sa mère et continua à prendre le sein comme si de rien n'était. La réaction générale fut nulle et lorsque, le 11 octobre, je retirai les fils, le résultat local était excellent.

Mais à ce moment commençait déjà à se manifester une tension des fontanelles avec élargissement des sutures et peu à peu la tête se mit à augmenter de volume, le front se mit à bomber, les os à se disjoindre, les yeux à loucher et bientôt il y avait une hydrocéphalie tout à fait caractérisée. La marche de cette hydrocéphalie fut d'abord lente, progressive, puis elle devint plus rapide. Dans les huit derniers jours, la tête doubla presque de volume, la peau du crâne, de coloration rouge, se sillonna de grosses veines, tous les os jouèrent les uns sur les autres, séparés par des espaces fluctuants. L'état général restait bon, toutefois; l'enfant tetait bien, n'avait ni convulsions, ni paralysies.

Néanmoins je jugeai que la situation était grave et que l'abstention devait être suivie de mort à assez brève échéance. Je parlai donc à la mère, après plusieurs jours d'hésitation, d'une opération possible, mais en avertissant très nettement : 1° que la mort très rapide pouvait en être la conséquence; 2° qu'en cas de survie immédiate le résultat définitif était absolument inconnu.

La question étant ainsi posée, l'opération fut acceptée, et je fis, le 25 novembre, la trépanation du ventricule latéral gauche. Les dimensions prises avant l'opération étaient les suivants : circonférence à la base, 0,53, diamètre fronto-occipital, 0,365; diamètre biauriculaire, 0,32. La température est de 37°,5. L'incision de la première intervention est cicatrisée.

Incision cruciale ayant son point de croisement à environ 3 centimètres en arrière au-dessus du trou auditif externe. Sous la peau et le péricrâne se trouve en avant le pariétal, mais en arrière un tissu simplement fibreux. Cette membrane, formée par la dure-mère et le péricrâne, fut incisée, puis d'un coup de ciseaux je sectionnai l'angle postéro-inférieur du pariétal. Le cerveau se trouva alors à nu. A ce moment l'enfant respirait mal : il fallut même lui faire quelques mouvements de respiration artificielle.

J'enfonçai alors un trocart, en visant à peu près le conduit auditif du côté opposé, j'eus immédiatement la sensation que j'entrais dans une poche, et la pointe une fois retirée il sortit par la canule un jet de liquide céphalo-rachidien. Je puis en recueillir 300 grammes dans un verre, mais il s'en perdit certainement davantage encore et la quantité évacuée a dû être d'environ un litre. Pendant cet écoulement, la respiration fut profonde et régulière, la chloroformisation fut très bien supportée. A la fin, le crâne était affaissé et flasque comme une outre vide, les os mobiles les uns sur les autres étant réunis par bourrelets cutanéo-fibreux.

Je remplaçai le trocart par un drain de moyen calibre, porté sur une pince à disséquer, dont l'introduction fut très facile, et je terminai par une suture de l'incision cutanée, le drain étant pris dans un des crins de Florence; j'appliquai enfin de la gaze au salol, du coton hydrophile et du coton ordinaire; le tout assujetti par une bande assez serrée, et en tâchant que la compression partout égale maintînt à peu près la forme sphérique du crâne.

L'enfant à ce moment respirait bien. Il fut reporté dans son lit et à partir de ce moment s'affaiblit peu à peu, refusa de teter. A six heures du soir, le pansement, traversé par le liquide céphalo-rachidien, dut être renouvelé. La température était de 37°. L'opéré succombe sans avoir présenté ni convulsion, ni agitation, à 2 heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain par M. Lévy, externe de service, on constate d'abord la disjonction énorme de toutes les sutures, les dimensions colossales de toutes les fontanelles. Du côté du spina-bifida opéré, il n'y avait aucune récidive. De l'orifice osseux, situé au-dessous de l'atlas, partait un pédicule fibreux creux qui allait adhérer à la face postérieure de l'extrémité supérieure de la moelle. Le cerveau était flasque, énorme; on n'y trouvait aucune trace d'inflammation, ni à la convexité ni à la concavité. Les ventricules latéraux, extrêmement spacieux, étaient vides de tout liquide. Cervelet de volume anormal.

Intervention chirurgicale dans l'hydrocéphalie,

Par le Dr Piechaud, Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

L'observation de Mauny et la plupart de celles qu'on a publiées ne permettent pas de juger encore l'intervention chez les hydrocéphales et elles établissent même jusqu'à présent que cette intervention ne saurait être considérée comme innocente. La trépano-ponction simple a sa raison d'être puisqu'elle s'adresse à des lésions d'un pronostic fort grave. Mais l'application n'en peut être réservée à tous les hydrocéphales. L'ossification du crâne semble s'opposer à l'intervention et cependant si les sujets ossifiés sont condamnés comme les autres à une mort prochaine ou à des accidents nerveux considérables, faut-il les abandonner? C'est ici qu'intervient avec une certaine utilité la craniectomie. Cette opération, largement faite, établit une large surface dépressible capable de revenir sur elle-même et de se prêter au retrait des centres nerveux quand on les ponctionne. La trépano-ponction simple chez les ossifiés sera par contre le plus souvent dangereuse. Mais est-il prudent de faire dans la même séance craniectomie et ponction? Ce sont là deux opérations graves et elles doivent être successivement faites, d'autant plus que la craniectomie seule suffira quelquefois pour décomprimer les centres et que si la ponction avec drainages doit être faite plus tard, la craniectomie aura laissé une voie prête pour l'introduction du trocart. La ponction simple et plusieurs fois répétée paraît inférieure à la ponction suivie de drainage.

M. Calot (de Berck-sur-Mer). J'ai traité par des ponctions répé-

tées un enfant atteint d'hydrocéphalie et qui a éprouvé une amélioration considérable par le fait de ce traitement. Ce petit malade ayant émigré à Berlin, subit, dans le service de Bardeleben, une ponction avec un gros trocart et a succombé au cours de l'opération.

Note sur un procédé d'ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles,

Par le Dr Henri Hartmann, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Dans cette note je désire simplement appeler votre attention sur un procédé d'ablation partielle du rectum que j'ai appliqué avec succès dans un cas de rétrécissement fibreux.

Mme A... D., âgée de trente-deux ans, nous est adressée le 15 février 1893 par notre ami le Dr Guilain pour être traitée d'un rétrécissement du rectum : cette malade nous raconte qu'à deux reprises différentes, il y a quinze ans et il y a dix ans, elle a contracté une blennorragie vaginale qui, la deuxième fois, s'est compliquée de métrite. A diverses reprises elle s'est aussi livrée au coït anal sans en avoir éprouvé d'inconvénients autres qu'une fois l'apparition au niveau de l'anus de quelques gouttes de sang. Pas de syphilis. Jamais d'hémorroïdes.

C'est, il y a six à sept ans, que sont apparus les premiers symptômes du côté de l'anus. Vers cette époque elle a souffert de phénomènes de rectite (envies fréquentes d'aller à la garde-robe; expulsion douloureuse chaque fois d'une petite quantité de muco-pus); un médecin, consulté à ce moment, crut à l'existence d'un abcès se vidant par l'anus.

Au bout de quelques mois, ces symptômes s'amendèrent et la malade n'eut plus son attention attirée de ce côté. Ils reparurent il y a trois ans, en même temps que se produisaient des modifications dans la forme des matières qui prirent une apparence rubanée, aplatie. A part ce point un peu spécial, il n'y avait pas encore à proprement parler de difficultés dans les garde-robes, mais la malade avait des besoins fréquents qui n'aboutissaient souvent qu'à l'expulsion d'un peu de pus.

Peu à peu les symptômes de rétrécissement s'accentuèrent, tant et si bien qu'il y a deux ans, elle subit un premier traitement consistant en dilatation du rétrécissement par le passage de bougies. N'ayant éprouvé aucune amélioration à la suite de ce traitement, auquel elle n'a du reste pas voulu s'astreindre d'une manière régulière, trouvant l'introduction des bougies douloureuse, elle entra, il y a un an, à la Maison de santé. Là on lui fit, sous le chloroforme, la dilatation de son rétrécissement. Aucune amélioration.

Les symptômes ayant augmenté, la malade se décide à recourir à une intervention plus radicale.

15 février 1893. — Les besoins ne sont plus aussi fréquents qu'au

début et la décharge purulente est notablement moins abondante; mais les selles sont des plus pénibles. La malade souffre de petites crises de rétention accompagnées de douleurs, de ballonnement du ventre. Elle n'arrive à évacuer le contenu de son intestin qu'avec des purgations suivies d'une série de lavements.

Rien à l'examen extérieur de l'anus qu'un léger écoulement purulent qui tache la chemise. Le doigt, introduit dans l'anus, rencontre, à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice externe du canal, un rétrécissement d'apparence valvulaire, qui n'admet que la pulpe de l'index. Le petit doigt peut s'y engager; cette exploration permet de constater que le rétrécissement a la forme d'une virole absolument régulière, haute de 3 centimètres environ, lisse, mobile. Par la combinaison du toucher rectal et du toucher vaginal, on apprécie facilement l'infiltration correspondante de la paroi rectale qui donne la sensation d'un anneau caoutchouté, faisant corps avec la paroi rectale. Pas d'induration périrectale. L'exploration est douloureuse et le doigt ramène un pus chocolat.

1er mars 1893. — Ayant fait entrer la malade à l'hôpital Bichat dans le service de notre maître, le professeur Terrier, nous l'y opérons avec l'aide de M. Guillemain, interne du service. L'anesthésie est obtenue par le Dr Bourbon à l'aide du bromure d'éthyle, puis du chloroforme.

Après avoir dilaté l'anus avec le spéculum de Nicaise, nous voyons le rétrécissement qui se présente sous l'aspect d'un diaphragme, contrastant, par son apparence rigide et par sa couleur grisâtre, avec le velouté et la mollesse de la muqueuse sous-jacente du canal anal. Nous le saisissons avec des pinces de Richelot et par des tractions douces l'abaissons jusqu'au voisinage de la peau, l'invaginant pour ainsi dire dans le canal anal. Sur le pourtour de ce rétrécissement ainsi abaissé nous sectionnons circulairement les tuniques rectales, ce qui se fait sans la moindre hémorragie, l'abaissement et la coudure vasculaire qui en résulte suffisant pour assurer l'hémostase. Puis avec le doigt nous décollons le rétrécissement des parties voisines, absolument comme on le fait pour l'utérus dans le deuxième temps de l'hystérectomie vaginale, nous aidant au besoin des ciseaux ou du bistouri pour séparer quelques points plus résistants. Nous continuons ainsi jusqu'à ce que nous soyons parvenu au-dessus du rétrécissement. A ce moment nous sectionnons les tuniques rectales et avons plusieurs jets de sang. Des pinces sont placées sur les points qui saignent; elles nous servent à invaginer plus complètement encore le bout rectal dans le cylindre anal conservé. A l'aide de quelques points de soie comprenant dans leur anse toute l'épaisseur des tuniques rectales et noués après avoir traversé la peau de la marge de l'anus, nous assurons l'hémostase en même temps que nous empêchons la réascension du bout supérieur.

Plaçant un gros drain dans celui-ci, protégeant la ligne de suture par des tampons iodoformés plats, nous recouvrons le tout de gaze, d'ouate et maintenons par un bandage approprié.

La température reste normale jusqu'au huitième jour où, le soir d'une purgation, elle monte à 38°. Les fils, qui ont en grande partie coupé les tissus, sont enlevés le douzième jour; le bout supérieur est du reste déjà remonté dans le canal anal. La guérison se fait sans incident et le ving-

tième jour la malade quitte l'hôpital, allant à la garde-robe sans la moindre douleur, mais rendant encore un peu de pus par l'anus.

Le 2 avril nous la revoyons. Les garde-robes sont restées faciles, indolentes. Il y a encore un peu de pus par l'anus, mais le rectum est largement perméable et le toucher ne permet de constater que quelques petites inégalités sur la partie antérieure du rectum.

Comme on a pu le voir à la lecture de l'observation qui précède, ce procédé comprend 3 temps principaux :

1° Dilatation de l'anus;

2° Abaissement et isolement du rétrécissement;

3° Section du rectum au-dessus du rétrécissement et fixation de ce bout supérieur invaginé à la peau de la marge de l'anus.

1er temps. *Dilatation de l'anus.* — Ce temps ne présente rien de particulier. Nous croyons cependant que la dilatation méthodique de l'anus, faite avec le spéculum de Nicaise, est supérieure à la dilatation faite avec les doigts, car elle permet, en maintenant ensuite les valves du spéculum écartées, de bien voir le rétrécissement.

2e temps. *Abaissement et isolement du rétrécissement.* — Le rétrécissement ayant été saisi avec des pinces à traction identiques à celles qu'on emploie pour fixer et attirer l'utérus, on abaisse le rétrécissement et l'on sectionne circulairement le rectum autour de lui, comme la muqueuse vaginale autour du col dans l'hystérectomie vaginale. Rien de plus facile alors que de décoller les parties voisines du rétrécissement, ce qui permet d'augmenter l'abaissement au fur et à mesure qu'on avance dans la libération. Cet abaissement, en l'absence d'adhérences inflammatoires périrectales, est facile. La clinique nous le prouve; l'anatomie nous l'explique, en nous montrant que le rectum, solidement fixé au niveau de sa partie terminale par le sphincter, le raphé coccypérinéal, les releveurs, les aponévroses dites latérales de la prostate ou ligaments utéro-sacrés mieux dénommées aponévroses sacro-recto-génitales (P. Delbet), n'est plus maintenu au-dessus de ces parties que par les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs.

3e temps. *Section du rectum et fixation à la peau du bout supérieur invaginé.* — Au moment de la section de la paroi rectale au-dessus du rétrécissement, il faut, au niveau des points qui donnent du sang, pincer toute la paroi rectale, ce qui permet à la fois d'assurer l'hémostase et d'empêcher le bout supérieur de remonter. A l'aide de quelques points de suture comprenant dans leur anse la paroi rectale et noués sur la peau de la marge de l'anus, que l'aiguille charge au passage, on maintient le bout supérieur abaissé et l'on oblitère les vaisseaux.

Au bout de quelques jours, les fils ont coupé les tuniques du ectum qui remonte spontanément sans cependant glisser trop ıaut, les adhérences qui se sont établies pendant la durée de sa ixation suffisant à le maintenir dans une bonne situation. C'est à, du reste, un point bien établi par les opérations d'Hochenegg,)uis de Kraske et de Richelot qui, après la résection du rectum)ar la voie sacrée, ont abandonné la suture des deux bouts, ;uture longue, difficile, exposant souvent à des fistules, pour lui ;ubstituer la fixation rapide et excellente du bout supérieur ɩnvaginé dans le bout inférieur.

Par sa rapidité, par sa simplicité, par l'absence de délabrements qu'il cause, le procédé que nous avons employé nous semble supérieur aux autres lorsqu'il est applicable. Il l'est, croyons-nous, dans tous les cas de sténoses annulaires du rectum, de sténoses sus-sphinctériennes par conséquent, quelle que soit leur cause (rétrécissement fibreux, cancer en virole), pourvu que ces sténoses soient mobiles et que leur niveau permette de les atteindre et de les abaisser facilement.

Les suppurations pelviennes,

Par le Dr Paul Segond, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je vous demande pardon, Messieurs, de revenir aujourd'hui sur la question tant rebattue des suppurations pelviennes. Mais, je n'ai pu, à mon grand regret, assister à la séance d'hier tout entière consacrée à cet important sujet, et pourtant, mon nom y a été prononcé à plusieurs reprises, puisque MM. Terrier et Hartmann m'ont fait l'honneur de discuter ma statistique pour tirer des conclusions en faveur de la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie.

Or ma statistique date du Congrès de Bruxelles, c'est-à-dire du mois de septembre 1892. Depuis lors j'ai fait un certain nombre de fois l'hystérectomie dont, soit dit en passant, je suis de jour en jour un partisan plus fervent, plus convaincu, et, si je prends la parole, c'est pour remettre les choses au point, et m'élever contre le procédé quelque peu abusif de vouloir toujours dans nos discussions, laisser le dernier mot à l'arithmétique et au pourcentage.

Après MM. Terrier et Hartmann, MM. Broca, Boiffin et Delagénière ont fait de très intéressantes communications. Mais j'y répondrai brièvement pour les raisons suivantes : M. Broca n'a fait qu'une seule hystérectomie vaginale chez une femme récem-

ment accouchée, il a eu des difficultés insurmontables dues à la friabilité des tissus, difficultés que je viens de rencontrer moi-même dans un cas analogue; bref, il a ouvert l'intestin et tué sa malade. MM. Boiffin et Delagénière ont pratiqué chacun quatre hystérectomies, le premier avec quatre insuccès; le second avec quatre morts. Leur sympathie pour la laparotomie me paraît donc un peu entachée de partialité et il me semble que ce n'est guère avec quatre hystérectomies vaginales, qu'on peut formuler des conclusions sur une opération dont l'histoire commence déjà à être assez importante pour que l'on puisse citer à son sujet des statistiques aussi imposantes que celle de Jacobs (de Bruxelles), qui a fait 117 hystérectomies vaginales pour suppurations péri-utérines avec une seule mort.

M. Terrier a développé la statistique excellente que lui a donnée la laparotomie dans le traitement des suppurations pelviennes et a opposé ses chiffres à ceux que j'ai publiés relativement aux résultats de l'hystérectomie vaginale; 59 laparotomies pour suppurations péri-utérines, lui ont donné 7 morts, soit une mortalité de 11, 86 p. 100 : mais il fait observer que sa mortalité a baissé notablement et n'est plus que de 5, 71 p. 100 depuis qu'il opère sous le contrôle de la vue dans la position déclive. A ce propos il n'est pas sans intérêt de rappeler que M. Pozzi opère toujours sans y voir, et que ce chirurgien, avec beaucoup d'autres, a reproché à l'hystérectomie vaginale d'être une opération aveugle.

Quoi qu'il en soit, le chiffre de 11, 86 p. 100 apporté par M. Terrier comparé à celui que j'ai donné à Bruxelles pour ma mortalité dans l'hystérectomie vaginale (11 morts sur 102 cas dont 55 suppurés seulement) paraît être évidemment en faveur de la laparotomie. Mais ma mortalité aussi a notablement baissé depuis que je me suis efforcé d'améliorer le manuel opératoire de l'opération, et en particulier depuis que je fais d'une façon systématique le curettage préalable de la cavité utérine.

Depuis le Congrès de Bruxelles, j'ai pratiqué 25 hystérectomies pour lésions inflammatoires péri-utérines. Parmi ces 25 opérations, il en est 4 qui ont été faites pour des lésions non suppurées; je ne parlerai donc que des 21 cas de lésions suppurées graves qui m'ont donné seulement une mort, soit une mortalité de 4, 75 p. 100. Si je voulais m'en tenir aux seuls chiffres, je pourrais dire que l'hystérectomie vaginale est moins grave que la laparotomie pour le traitement des suppurations pelviennes puisque, grâce aux perfectionnements opératoires, j'ai abaissé ma mortalité à 4. 75 p. 100, alors que celle de M. Terrier, avec les derniers perfectionnements du manuel opératoire de la laparotomie, n'a pu

descendre au-dessous de 5,71 p. 100. Mais j'estime que ce n'est pas sur des chiffres partiels qu'il faut discuter, et qu'il y a des considérations plus importantes que le pourcentage pour juger la valeur d'une opération.

J'ai fait actuellement 128 hystérectomies vaginales pour lésions inflammatoires bilatérales des annexes, dont 51 se rapportent à des lésions non suppurées et sur lesquelles je passe rapidement, me bornant à dire qu'elles ne m'ont donné aucun cas de mort sauf un qui s'est produit quinze jours après l'opération par angine diphtérique : je puis donc dire que l'hystérectomie vaginale que je pratique seulement quand l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, donne, une mortalité égale à 0 pour les lésions non suppurées. Les 77 autres hystérectomies faites pour suppurations péri-utérines comprennent 11 morts, soit 14,28 p. 100, ce qui constitue une mortalité très supérieure aux chiffres obtenus dans d'autres statistiques, mais ne saurait être cependant considéré comme un argument décisif contre l'hystérectomie.

Ceci dit, et laissant à l'avenir le soin de trancher définitivement la question de gravité comparative des deux méthodes, j'arrive aux résultats éloignés de l'hystérectomie. Moi aussi je cherche à revoir mes opérées, à me renseigner sur leur état actuel et je compte sous peu faire publier un travail important sur ce point capital de la question. Mais ces recherches, Messieurs, sont hérissées de difficultés; sur 52 opérées guéries, MM. Terrier et Hartmann n'ont pu en retrouver que 46. Je veux bien croire que les 6 opérées qu'ils n'ont pu revoir sont absolument guéries, et qu'il ne leur arrivera pour aucune ce qui vient de m'arriver à l'instant pour une malade que je considérais comme un succès complet. Tout à l'heure en effet M. Delagénière m'a parlé de cette femme, qui souffre depuis deux mois et à laquelle il doit faire une laparotomie. J'en ai fait moi-même une, il y a quinze jours environ, pour enlever un fragment d'ovaire deux ans après l'hystérectomie. Mais ce sont là des faits isolés qui ne suffisent pas à condamner l'opération, attendu que la laparotomie a de même ses écueils et ses inconvénients éloignés, constatés maintes fois par nous tous.

Ceci m'amène à parler des accidents opératoires de l'hystérectomie, sur lesquels on a beaucoup insisté; je vais donc résumer rapidement ceux qui me concernent.

En ce qui touche le pincement de l'uretère et l'hémorragie, sur 250 hystérectomies vaginales pratiquées soit pour cancer, soit pour fibromes, soit pour lésions des annexes, je n'ai jamais lésé l'uretère : sur 128 hystérectomies pour lésions des annexes, je n'ai jamais perdu de malade d'hémorragie. Une seule fois j'ai eu une

hémorragie grave au cours de l'opération et cela tout récemment : à la suite de l'ablation des pinces, j'ai eu 5 hémorragies qu'on a maîtrisées sans difficulté.

J'ai ouvert 3 vessies, je les ai recousues et mes malades ne s'en portent pas plus mal.

J'ai crevé 9 rectums, dont 3 par ma faute, les 6 autres étant déjà fistuleux avant l'opération et l'orifice de communication n'ayant été qu'agrandi. Sur ces 9 malades, 2 sont mortes de tuberculose pulmonaire plusieurs mois après l'opération; une troisième, opérée récemment, a encore une toute petite fistule; quant aux 6 autres, elles ont guéri spontanément, notamment une femme qui pendant quatre mois a rendu par le vagin la totalité de ses matières fécales et qui s'est toujours refusée à la moindre intervention.

En terminant, je désire ajouter quelques mots sur les différents procédés d'hystérectomie vaginale, au sujet desquels on n'est pas toujours d'accord. Pour les cas de suppurations pelviennes graves de même que pour les fibromes, il n'y a qu'une méthode, le morcellement de Péan décrit au Congrès de Berlin. Reste la question des procédés de morcellement; bien qu'ils soient excessivement variables, on peut en distinguer quatre principaux : 1° le procédé de Péan type; 2° le procédé Quénu-Müller, dérivé du morcellement et dans lequel on pratique la division antéro-postérieure de l'utérus; 3° le procédé de Doyen, bien supérieur au précédent, dans lequel la section porte seulement sur la moitié antérieure et qui est un procédé à hémostase consécutive au basculement du fond de l'utérus; 4° le procédé que j'emploie et que je rappellerai sommairement; j'enlève d'abord le col, attendu que je fais surtout l'hystérectomie pour des utérus qui ne s'abaissent pas; puis sur le milieu de l'utérus je fais au bistouri courbe une série d'évidements conoïdes, le fond vient peu à peu, bascule comme dans le procédé Doyen et je fais alors l'hémostase : quant aux annexes, elles viennent en même temps que le fond de l'utérus, sinon, je vais les chercher après avoir enlevé l'utérus pour procéder ensuite à leur ablation. Sans les publications qui semblent accorder une individualité à certains procédés, je n'aurais jamais eu la pensée de considérer ces manœuvres comme méritant de porter mon nom et cela pour cette excellente raison : que du moment qu'on sectionne l'utérus avant de l'enlever, le procédé que l'on emploie, quel qu'il soit, ne mérite pas un baptême spécial et n'est qu'un dérivé de la méthode de Péan.

Des suites éloignées de l'hystérectomie vaginale faite pour suppurations des annexes,

Par le Dr Paul Reynier, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien de l'hôpital Tenon.

En présence des suppurations des trompes et des ovaires nous avons, à l'heure actuelle, à choisir entre deux voies, qui nous permettent d'aborder ces suppurations : la voie sus-pubienne, ou la voie vaginale. Vous venez d'entendre dans cette séance M. Segond défendre très brillamment la voie vaginale. A l'exemple de M. Péan, il admet que l'hystérectomie vaginale pratiquée pour les suppurations péri-utérines est une opération de choix. Je regrette de continuer à ne pas partager cette opinion.

Je suis loin de repousser l'hystérectomie vaginale que vous m'avez vu prôner pour les fibromes utérins; je la pratique également pour les suppurations péri-uterines, mais où je me sépare de M. Péan et de M. Segond, c'est que je ne la réserve qu'à quelques cas particuliers, je dirais presque à des cas exceptionnels, où la laparotomie me paraît offrir plus de dangers que l'hystérectomie. Je m'expliquerai plus tard sur ces faits. Aujourd'hui je tiens seulement à dire que je reste toujours fidèle à l'opinion, que j'ai exprimée, il y a un an, à la Société de chirurgie; l'hystérectomie vaginale est non pas une opération de choix, mais une opération de nécessité, à laquelle on ne se résout dans les lésions des annexes que parce qu'on croit ne pas pouvoir faire mieux.

En effet, sans vouloir revenir sur les dangers que présente comme opération l'hystérectomie vaginale, je ferai remarquer que si on ne fait pas l'ablation des annexes malades en même temps que celle de l'utérus, cette opération reste incomplète, et peut donner lieu à des accidents ultérieurs.

Or bien souvent il est impossible d'enlever par le vagin ces annexes adhérentes; on est obligé de crever les poches de pus, en espérant que le pus s'écoulant, tout s'arrangera de soi-même. C'est tout au moins ce que nous ont dit les partisans de l'hystérectomie vaginale. Or cet optimisme n'est pas toujours confirmé par les faits. On peut voir, quelques mois après la guérison de l'ouverture vaginale, une nouvelle poche purulente se former dans ce qui reste des annexes.

Déjà M. Peyrot est venu à la Société de chirurgie nous rapporter l'observation d'une malade à laquelle il a dû faire une laparotomie pour enlever les annexes malades, et restant malades malgré une hystérectomie antérieure. Dans la même séance, j'ai cité un cas où les lésions des annexes ont persisté.

J'ai à vous parler aujourd'hui d'une nouvelle observation identique.

Il s'agit d'une jeune femme, qui dix ans auparavant avait eu une collection péri-utérine ouverte spontanément dans le rectum. Elle s'était très bien remise, lorsque du côté opposé elle présenta une salpingite, pour laquelle je lui proposai la laparotomie. Elle recula devant cette opération pendant un an, lorsque je fus appelé au mois de mai dernier pour des accidents aigus qui s'étaient déclarés subitement à la suite de fatigues. Elle eut à ce moment un énorme phlegmon péri-utérin bombant dans le vagin, phlegmon que j'ouvris largement par cette voie, et qui laissa écouler plus d'un litre de pus. A la suite de cette incision il persista une fistule, qui ne se fermant pas nécessita, trois mois après la première opération, une nouvelle intervention. Je lui fis l'hystérectomie vaginale. L'utérus enlevé, il s'écoula du pus en quantité, provenant de plusieurs poches, les unes qui se crevèrent spontanément pendant l'ablation de l'utérus, les autres qui furent crevées par moi. La malade guérit bien de cette seconde opération. La cicatrisation se fit complètement et je la croyais complètement guérie, lorsqu'elle revint me trouver il y a quelque temps pour une nouvelle collection siégeant dans son ligament large droit. Elle a eu des accès de fièvre, et je ne doute pas que je n'aie encore affaire ici à une nouvelle poche purulente, que je me propose d'ouvrir cette fois encore par le vagin.

Ces faits ne doivent pas nous surprendre. Lorsque, l'utérus enlevé, vous perforez les poches purulentes circumvoisines, vous ne pouvez jamais savoir si vous les ouvrez toutes. Je dirais même qu'il y a de grandes probabilités que vous ne les ouvrez pas. On n'a en effet qu'à se rappeler la disposition que présentent les annexes suppurées. Souvent l'ovaire purulent est au-dessous de la trompe malade elle-même; lorsqu'on a enlevé l'utérus, ce sont les poches ovariennes les plus grosses, qui se présentent à vous et qu'on crève. Les poches salpingiennes plus petites, plus élevées, à parois plus épaisses, sont respectées. Il peut en être de même d'autres cavités ovariennes. Or ces poches non ouvertes, ou se vidant incomplètement dont les parois persistent, contenant des microbes, quelquefois des bacilles de la tuberculose, peuvent être le point de départ de nouvelles poussées suppuratives qui nécessiteront ultérieurement de nouvelles opérations.

C'est ce qui justifie ce que je disais au début de cette communication, que l'hystérectomie vaginale, lorsqu'on ne peut pas faire l'ablation complète des annexes, est une opération incomplète. Or, dans les lésions graves, les seules qui justifient cette opération, toujours discutable au point de vue moral, cette ablation est souvent impossible, dangereuse, et déconseillée avec juste raison par les partisans les plus chauds de l'hystérectomie.

Comme d'autre part, lorsqu'on entreprend cette opération pour suppuration péri-utérine, on ne sait jamais jusqu'où on pourra la mener, on comprend que je continue à préférer pour la majorité des cas la laparotomie, et que tout en acceptant l'hystérectomie pour les suppurations pelviennes, je la réserve pour des cas spéciaux, ou, pour exprimer complètement ma pensée, comme un pis aller.

Séance supplémentaire du 7 avril (soir).

Présidence de M. le Professeur SEVEREANO (de Bucharest).

Du drainage transvésical dans certains cas d'infiltration d'urine consécutive à des ruptures de l'urètre,

Par le Dr O. GUELLIOT, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, Membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'indication formelle, pressante, dans toute rupture pathologique ou traumatique de l'urètre, est d'inciser le périnée et de rétablir autant que faire se peut la continuité du canal.

La recherche du bout postérieur est le temps difficile de l'opération; si on ne le trouve pas, le mieux est d'ouvrir la vessie au-dessus du pubis et, grâce au cathétérisme rétrograde, de découvrir ce bout central et d'y introduire une sonde. Encore peut-il se faire que les lésions soient assez considérables pour que la réfection immédiate de l'urètre soit impossible, ou que le chirurgien ait surtout à parer à des accidents graves d'infection urineuse pour lesquels la seule sonde à demeure ne serait peut-être pas suffisante. C'est pour ces cas exceptionnels que nous proposons le passage d'un drain allant de l'hypogastre au périnée à travers la vessie; à l'appui de ce procédé nous apportons deux observations personnelles.

Observation I. — *Rupture traumatique des régions membraneuse et prostatique de l'urètre; infiltration d'urine dans la loge supérieure du périnée; incision périnéale et taille hypogastrique; drainage transvésical; guérison.*

Félix X., vingt ans, habitant les Ardennes, est pris sous un éboulement le 22 avril 1892. Il est vu quelques heures après par les Drs P. Noël (de Machault) et H. Noël (de Betheniville). Du sang sort par l'urètre; une sonde introduite dans le canal ne donne issue qu'à du sang : la vessie ne se vide pas et nos confrères sont obligés de pratiquer une ponction de la vessie avec un trocart ordinaire remplacé ensuite par une sonde n° 14 entrée à frottement et fixée à l'abdomen. Le lendemain, 24, la température atteint 39°,5.

Le 25, je suis appelé à voir le blessé avec mes distingués confrères : l'état général est mauvais; la fièvre persiste. On provoque de la douleur en appuyant sur l'épine du pubis à gauche; la pression latérale sur les épines iliaques antérieures produit une douleur au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Une ecchymose occupe le périnée et une partie de la région

postérieure des bourses; pas de saillie au périnée, pas d'infiltration du scrotum ni de la verge; mais la partie sous-ombilicale du ventre est occupée par une saillie mate, arrondie, empiétant sur les fosses iliaques. La sonde pénètre jusqu'au voisinage de la vessie sans ramener autre chose que quelques gouttes de sang et d'urine mélangés.

On diagnostique une fracture probable de l'ischio-pubis gauche avec déchirure de l'urètre dans ses parties profondes, au-dessus de l'aponévrose moyenne, et infiltration d'urine dans la cavité de Retzius.

Avec l'aide des Drs P. Noël et H. Noël, je pratique immédiatement l'opération suivante :

Un cathéter étant introduit dans l'urètre, le périnée est incisé; l'urètre membraneux, mis à nu, est intact. Après déchirure de l'aponévrose moyenne, on pénètre dans la loge supérieure et on constate que l'extrémité du cathéter répond à une cavité contenant une très petite quantité de liquide et communiquant en arrière avec la fosse ischio-rectale gauche décollée et infiltrée; le canal semble manquer sur une étendue de deux à trois centimètres et profondément on aperçoit le bec de la prostate en partie déchiré; il est impossible de découvrir l'orifice urétral. Une incision est faite alors à l'hypogastre, entre la sonde laissée à demeure et le pubis; une grande quantité d'urine s'échappe de la loge prévésicale. En se guidant sur la sonde, on ouvre la vessie, petite et rétractée derrière le pubis et on maintient la muqueuse avec deux pinces hémostatiques. Le doigt, introduit dans la vessie, arrive facilement sur le col et sert à guider une sonde métallique qui ressort par le périnée; sur cette sonde, on introduit de bas en haut un gros drain percé au niveau de son passage à travers la vessie et maintenu à son extrémité sus-pubienne par un crin de Florence. Deux autres crins suturent les lèvres de la plaie vésicale à la peau et les foyers d'infiltration sont largement lavés à la solution phéniquée.

La température, qui le soir avait atteint 41°, baisse dès le lendemain et se maintient pendant quelques jours aux environs de 38°. Dans les premiers jours de mai, le thermomètre oscille de 39°,5 à 40°,5 : la cause en est dans la formation, à la racine de la cuisse gauche, d'un foyer purulent qui, le 11 mai, s'ouvre et se vide par le périnée.

Le 12 mai, je revois le malade. L'urine sort presque totalement par le périnée; une petite quantité passe par l'hypogastre; elle a une odeur ammoniacale prononcée malgré les lavages faits soigneusement par M. H. Noël; il est évident que le tube fonctionne moins bien. On le tire par le périnée après avoir eu soin d'attacher un fil à son extrémité supérieure, de sorte que le drain devient vésico-périnéal, le fil qui le maintient étant fixé sur l'abdomen par une épingle de nourrice. Grâce à un doigt introduit par la brèche périnéale, une sonde est facilement introduite par le canal dans la vessie et est laissée à demeure.

Quelques jours après le drain est complètement retiré; la cicatrisation hypogastrique, puis perinéale se fait vite, et, en septembre 1892, nous constatons que la miction est normale comme fréquence, que les sondes pénètrent librement dans la vessie.

Nous avons revu ce jeune homme en janvier dernier, neuf mois après l'accident. Son état local est très bon; une bougie exploratrice n° 18

accuse à 17 centimètres et demi du méat un ressaut au niveau de la paroi inférieure du canal; on sent, sur la branche descendante du pubis, une saillie formée par un cal assez volumineux.

Cette dernière constatation permet d'attribuer à la pression d'un fragment osseux la déchirure de l'urètre. Cette déchirure siégeait immédiatement en avant de la prostate, en empiétant même sur la glande. Le fait est assez rare pour mériter d'être signalé, car les auteurs ne citent guère qu'un cas analogue de Velpeau. Depuis, Montaz (de Grenoble) a publié une belle observation de rupture de la prostate sur laquelle nous allons revenir.

Le point reculé où s'était faite la déchirure rendait difficile la découverte du bout postérieur; il nous a paru tout indiqué d'aller le chercher par la taille hypogastrique, d'autant plus que l'infiltration manifeste de la cavité de Retzius commandait l'incision et le drainage sus-pubiens : nous ne faisions du reste que suivre l'exemple de Péan, de Volkmann, de Piedvache, de Douart [1] qui ont suivi la même ligne de conduite dans des ruptures traumatiques de l'urètre.

Le malade de Montaz se rapproche particulièrement du nôtre; chez lui, une fracture du pubis avait déterminé une déchirure de la région anale avec issue d'urine par l'anus et distension de la vessie. Le chirurgien fit la taille hypogastrique, et grâce au cathétérisme rétrograde put introduire une sonde à demeure. Des hémorragies rectales emportèrent le blessé le troisième jour et l'autopsie, outre des plaques de gangrène de l'iliaque interne, fit découvrir une fracture bilatérale du pubis et une déchirure de la prostate sur les côtés du verumontanum [2].

Donc la voie hypogastrique est indiquée dans les cas analogues au nôtre; il reste à justifier le drainage périnéo-sus-pubien et à dire pourquoi je ne me suis pas contenté de la simple sonde à demeure.

Quand j'ai vu le malade, l'infiltration de l'étage supérieur du périnée était déjà considérable : les fosses ischio-rectales, la cavité prévésicale étaient envahies; l'état général était très mauvais; il y avait urgence à empêcher l'urine de stagner dans la vessie et à drainer les loges celluleuses remplies d'urine septique. La sonde à demeure ne répondait qu'à la première indication, à condition encore qu'elle remplit bien son office, car rien n'est plus dangereux qu'une sonde à demeure qui fonctionne

1. Voir l'historique très complet de Ch. Monod : *Du cathétérisme rétrograde* (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1886, p. 259).

2. Montaz, *De la taille hypogastrique appliquée aux ruptures traumatiques de la prostate* (*Rev. de Chir.*, 1888, p. 567).

mal. Or, le blessé était à la campagne, en dehors de notre surveillance, loin de son médecin habituel, entouré de gens incapables de remédier à un fonctionnement défectueux. Dans ces conditions, la sonde était plus dangereuse qu'utile. Il fallait de plus drainer la cavité de Retzius, drainer le périnée et le plus simple était de passer à travers la vessie un gros tube qui rendît les lavages faciles. En un mot, il fallait parer aux accidents déjà graves de l'infiltration d'urine avant de songer à refaire un urètre. Nous n'avons pas eu à nous repentir d'avoir agi dans cet ordre d'idées.

La seconde observation est toute différente, puisqu'il s'agit d'une rupture de l'urètre chez un rétréci : mais cette lésion banale s'est accompagnée de circonstances qui ont nécessité un traitement différent de celui qu'on lui oppose habituellement.

Observation II. — *Infiltration d'urine; gangrène de la verge, destruction d'une partie de l'urètre pénien; taille hypogastrique et boutonnière périnéale; drainage transvésical. Plus tard urétrectomie et tentative d'urétroplastie.*

L. M..., quarante ans, a eu plusieurs blennorragies non traitées, la dernière il y a quinze ans; pas d'orchite. En 1890, rétention d'urine passagère. Depuis le jet d'urine a diminué de force et de volume. Le 30 novembre 1892, accès de rétention. Le Dr Hache, qui voit le malade en ville, constate un début d'infiltration d'urine et conseille au malade d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Malheureusement, celui-ci ayant émis quelques gouttes d'urine, ne se rend pas à ce conseil et reste chez lui malgré l'enflure croissante des bourses; il ne se décide à entrer dans nos salles que le 5 décembre, sixième jour de l'infiltration.

Etat au 5 décembre. Le périnée est un peu saillant; l'infiltration occupe les bourses et la région hypogastrique; la verge est particulièrement atteinte : elle est énorme, marbrée de violet, avec une plaque noire de gangrène occupant le gland. Les bougies ne pénètrent pas au delà de la fosse naviculaire.

Immédiatement on fait des incisions au périnée, sur les bourses, la verge et la paroi abdominale; il s'en écoule un liquide sanguinolent et de nombreuses bulles gazeuses. Au-dessous du pubis, on ouvre un foyer gangreneux qui s'étend profondément vers la racine de la verge et admet un drain de dix centimètres. Le soir, la température est de 38°,5.

6 décembre. La vessie ne se vide pas et le globe vésical fait saillie jusqu'au voisinage de l'ombilic : ponction capillaire. Temp. 38 et 38°,4.

7 décembre. Nouvelle ponction. Temp. 38°,1 et 38°,6.

8 décembre. Le malade refuse une nouvelle ponction. Temp. 37°,9 et 38°,2.

9 décembre. L'urine passe en grande partie par les incisions du fourreau de la verge; la vessie, tout en se vidant mal, est un peu moins volumineuse. Temp. 37°,6 et 37°,9.

10 décembre. La malade étant anesthésiée, nous faisons, avec l'assistance du Dr Hache, une large incision périnéale et allons à la recherche de l'urètre : l'eschare qui occupe le gland rend impossible l'introduction d'un cathéter; d'un autre côté, la verge forme un véritable sac rempli d'urine et de tissu sphacélé et on ne peut y sentir l'urètre. Les recherches faites par le périnée n'aboutissant pas, le ballon de Pétersen est introduit dans le rectum et bien que la vessie soit peu remplie, la taille hypogastrique est faite sans incident. Un fil suspenseur est passé dans les parois de la vessie avant son ouverture et, à l'incision, il s'écoule une urine sanguinolente et fétide. Une sonde d'argent introduite par la vessie traverse le col et vient faire saillir l'urètre au niveau de la plaie périnéale; le canal est incisé longitudinalement sur sa paroi inférieure, en arrière du bulbe, et la sonde est remplacée par un gros drain, percé seulement au niveau de son trajet intra-vésical et dont les deux extrémités plongent dans un urinal contenant de l'eau phéniquée; deux sutures à la soie fixent la vessie à la paroi abdominale et quelques crins de Florence diminuent l'étendue de la plaie cutanée. La plaie périnéale qui saigne assez abondamment est tamponnée à la gaze iodoformée. Le soir le thermomètre monte à 39°.

Mais le lendemain, 11 décembre, il retombe à 37°,4.

Le 12, le tube fonctionne parfaitement; lavages à l'eau bouillie. T. 37°,9 et 38°,4.

Le 13, T. 37°,7 et 37°,8.

Le 14, 37°, 4 et 37°,9. Les parties infiltrées se dégorgent.

Les jours suivants la température est normale; lavages à la créoline.

Le 16, l'eschare du gland tombe; le 19, l'infiltration a totalement disparu; la plus fine bougie, introduite dans l'urètre, s'arrête à 5 centimètres du méat.

Au commencement de janvier 1893, l'état du malade est le suivant : la verge est très petite, rétractée : le gland a été en grande partie enlevé par le sphacèle; il n'y a plus de méat et une incision faite au niveau du gland ne fait découvrir aucun orifice; le drain est toujours en place, mais il commence à s'encroûter de calcaire et fonctionne mal; la santé est très bonne.

Le 12 janvier, le tube est enlevé et remplacé momentanément par une sonde en gomme qui servira de point de repère, puis on cherche à découvrir l'urètre dans la région pénienne. On ne trouve qu'un cordon plein, sans aucune cavité; il faut inciser plus en arrière, sur la partie antérieure du scrotum, en dédoublant le septum, pour trouver enfin un point perméable. Par l'incision faite au canal à ce niveau, on introduit un cathéter qui vient, au périnée, buter contre un obstacle infranchissable et sur sa pointe on incise l'urètre. Alors le cathéter et la sonde vésico-périnéale sont séparés par un segment d'urètre en forme de sablier : c'est le rétrécissement, qui est excisé avec des ciseaux. Il est alors facile d'introduire une bougie conductrice, sur laquelle on glisse une sonde à bout coupé qui pénètre dans la vessie et permettra à l'urine de sortir au niveau du nouvel orifice, c'est-à-dire en avant du scrotum. Quelques points de suture retrécissent l'incision périnéale et ne laissent qu'un

trajet qui est bourré de gaze iodoformée; en avant, d'autres sutures rapprochent les deux côtés du scrotum par-dessus la sonde. A celle-ci on adapte un tube en caoutchouc pour conduire l'urine dans un vase placé entre les jambes de l'opéré.

Cette nouvelle opération ne donne lieu à aucun incident; mais rapidement la sonde s'incruste et fonctionne mal. La plaie hypogastrique se ferme en quelques jours, mais de l'urine passe par le périnée malgré les changements de sonde; celle-ci est supprimée le 13 février. En quelques jours, le nouveau méat se rétrécit et ne laisse passer qu'une faible partie de l'urine. Nous proposons au malade de faire une nouvelle tentative pour rétablir son canal; mais il urine bien par le périnée et peut garder ses urines pendant deux heures; il désire rentrer chez lui, nous promettant de revenir si la miction est de nouveau gênée.

Cette observation peut ainsi se résumer : rupture de l'urètre en avant de l'aponévrose moyenne; gangrène de la verge rendant toute recherche de l'urètre impossible; boutonnière périnéale, taille hypogastrique et drainage transvésical. Découverte de l'urètre à travers les bourses; urétrectomie périnéale; création d'un hypospadias. Insuccès relatif de ce dernier temps de l'opération et persistance d'une fistule périnéale.

La destruction d'une grande partie de l'urètre pénien s'opposait au traitement classique de l'infiltration par la sonde à demeure. Malgré l'incision périnéale, l'infiltration continuant à progresser et la gangrène menaçant de détruire une grande partie des organes génitaux, nous n'avons pas hésité à créer une puissante dérivation à la fois sus-pubienne et périnéale, en introduisant par la taille hypogastrique un drain à travers la vessie. Plus tard nous avons tenté de refaire un canal et de créer un hypospadias scrotal; nous n'avons pas réussi dans cette partie de notre plan opératoire, mais nous sommes disposé à recommencer cette tentative d'urétroplastie si le malade y consent.

Une observation de J. Bœckel, que nous venons de retrouver en faisant quelques recherches bibliographiques, montre que l'on peut obtenir ainsi un bon résultat.

En 1882, J. Bœckel pratiquait une urétrotomie externe chez un homme de quarante-sept ans dont le canal pénien était incrusté de sels calcaires qui l'obstruaient à peu près complètement : il ne put trouver l'urètre et fit séance tenante la taille hypogastrique. Une sonde engagée par le col s'arrêtait à deux centimètres de celui-ci; on la remplaça par une sonde cannelée avec laquelle on perfora l'urètre et par cette ouverture on introduisit une sonde dans la vessie à travers le périnée, en même temps qu'un gros tube de caoutchouc pénétrait dans la vessie par la plaie hypogastrique (c'est en somme notre drainage transvésical, mais

en deux parties, avec deux drains séparés). Vingt jours apr- J. Bœckel dédouble le scrotum, incise transversalement l'urè à 9 centimètres du méat, introduit une sonde à demeure et pa- dessus suture le scrotum. Le nouveau canal reste perméa à condition d'y passer de temps en temps des Béniqué [1].

Nous n'avons pas été aussi heureux avec notre malade : nou avions voulu lui créer un méat anté-scrotal, il ne possède qu'u méat périnéal qui fonctionne bien du reste; il se trouve dans la situation des *urétrostomisés* par le procédé du professeur Ponc- (de Lyon) [2].

Dans notre pensée, le drainage transvésical ou périnéo-su- pubien (qu'il ne faut pas confondre avec le drainage urétro-ép- gastrique de Demons, adopté plus tard par Tillaux et Defontain- après la taille hypogastrique) est une ressource à employer da les graves lésions de l'urètre, quand les progrès de l'infiltratio menacent la vie du malade, que la simple sonde à demeure parai insuffisante ou que, en raison des lésions de l'urètre antérieur l'introduction de cette sonde est impossible d'emblée. Le tub assure la sortie de l'urine à la fois par l'hypogastre et le périnée il permet des lavages fréquents et, grâce à lui, on peut attendre que les accidents de l'infiltration aient totalement disparu pour s'occuper de l'urètre et s'efforcer de rétablir sa continuité.

Plaie du cervelet par arme à feu,

Par le Dr Duplouy (de Rochefort).

Le fait que j'ai l'honneur de communiquer au Congrès pourrait se résumer en quelques mots : lésion de l'hémisphère cérébelleux droit avec perte de substance cérébelleuse sans aucun trouble, soit immédiat, soit consécutif, de la motricité, de la sensibilité générale, des organes des sens non plus que des facultés intellec- tuelles.

Il s'agit d'une femme, Célestine B..., âgée de quarante et un ans, qui fut apportée, il y a bientôt un an, le 27 juin 1892, à l'hôpital de Rochefort, dans le service des blessées alors confié, sous ma direction, à M. le Dr Geay de Couvalette. Elle avait été

1. J. Bœckel, *Cystotomie sus-pubienne comme opération préliminaire du ca- thétérisme rétrograde dans les rétrécissements infranchissables de l'urètre* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884, p. 52).

2. A. Poncet, *De la création d'un méat contre nature* (*urétrostomie périnéale*) *dans certaines variétés de rétrécissement de l'urètre* (*Congrès de chirurgie*, 1892, p. 465).

trouvée dans un fossé, ivre morte et baignant dans son sang; elle avait repris toute sa connaissance au moment de son entrée à l'hôpital et elle raconta très nettement que, poursuivie depuis longtemps par des idées de suicide, elle avait pris un revolver américain (calibre 7) et s'était logé une balle derrière l'oreille; puis joignant la mimique à la narration, elle écarta le pavillon de l'oreille avec la main gauche et fit le simulacre de se tirer une balle dans la tête; elle tomba, dit-elle, immédiatement sans connaissance; elle était très exaltée, furieuse d'avoir été conduite à l'hôpital.

L'examen de la région temporo-occipitale droite démontra l'existence d'une sorte de champignon mollasse, rosé, de la grosseur d'une châtaigne, évidemment formé par de la substance cérébelleuse herniée à travers l'orifice d'entrée de la balle; cette tumeur, effleurie au dehors, n'est retenue que par un pédicule extrêmement mince; elle est tellement diffluente qu'elle se détache sous un filet très discret d'eau antiseptique; on recueille ainsi sept grammes de substance cérébelleuse.

La région une fois nettoyée avec des précautions infinies, on voit à un centimètre en arrière de l'insertion du pavillon de l'oreille droite, à deux centimètres et demi au-dessus du sommet de l'apophyse mastoïde, l'orifice de pénétration du projectile d'où s'échappe un peu de sang veineux; cette plaie, petite, circulaire, à bords déchiquetés, retroussés en dedans, offre à son pourtour une pigmentation noire due à des grains de poudre incomplètement brûlés; pas de point douloureux, pas de tuméfaction, pas de crépitation aux environs de la plaie; le crâne a été troué nettement, comme par un emporte-pièce.

De l'inspection de la plaie et de l'attitude prise par la malade dans la reproduction de la scène de suicide, on peut très légitimement conclure que la balle a traversé le cervelet d'avant en arrière et de bas en haut pour aller se loger dans l'épaisseur de l'hémisphère cérébelleux droit, qu'elle s'est arrêtée au contact de la table interne de la fosse cérébelleuse; il n'existe aucune trace de sortie, ni de fracture au point opposé à l'ouverture d'entrée. Il est facile, en prenant pour un instant la place de la suicidée, de se convaincre que, l'arme étant tenue de la main droite dans la position indiquée par elle, le projectile ne peut que suivre le trajet que nous lui avons assigné.

Nous nous attendions à voir apparaître des accidents formidables : car nous avions plusieurs fois, au cours de notre pratique, observé après des lésions analogues, voire même après des fractures de la région occipitale, des troubles intellectuels sensitifs ou sensoriaux, des mouvements gyratoires, etc.; quel ne fut pas

notre étonnement en voyant cette lésion si menaçante n'entraîn aucun désordre! La première nuit seule fut marquée par une agitation notable; le pouls tomba à cinquante et une pulsations av une température qui ne dépassa jamais 37°,5, puis son état redevint absolument normal.

Le pansement avait été très simple : gaze iodoformée, glace sur la tête, compression douce. Deux jours après, on recueillit encore quatre grammes de substance cérébelleuse et tout marcha à merveille vers la cicatrisation sans le moindre incident. La malade sortait absolument guérie de l'hôpital au bout de quinze jours. Elle a été revue récemment, c'est-à-dire un an après l'accident, et elle n'a jamais éprouvé aucun des troubles considérés par les physiologistes comme caractéristiques des lésions du cervelet; on a beaucoup écrit sur cet organe mystérieux : le fait que je viens de rapporter n'est pas de nature à éclairer ses fonctions d'un jour bien vif; assez décourageant pour les localisateurs, il est par contre encourageant pour les chirurgiens qui seraient tentés d'agir sur cet organe.

Je ne saurais hasarder la moindre interprétation à l'égard d'un fait qui porte une sérieuse atteinte à toutes les théories émises sur le rôle du cervelet; je me borne à penser que l'absence de toute ataxie cérébelleuse tend à démontrer qu'on ne saurait faire jouer à cet organe un rôle exclusif au point de vue de la coordination des mouvements volontaires, comme on l'admet assez généralement depuis Flourens et que d'autres points du mésocéphale doivent contribuer pour une bonne part au maintien de l'équilibre. J'ajoute que depuis un an cette femme a conservé l'intégrité absolue de toutes ses fonctions intellectuelles, motrices, sensitives et sensorielles.

Traitement des infections vésicales secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse,

Par le Dr Lavaux (de Paris).

Lorsqu'on fait l'examen bactériologique de l'urine chez les malades atteints de cystite tuberculeuse, il n'est point rare d'y rencontrer, principalement chez la femme, une ou plusieurs variétés de microbes autres que le bacille de la tuberculose, surtout la bactérie urinaire, le bacterium coli commune. Tantôt ces microorganismes pénètrent spontanément dans la vessie, ce que l'on observe surtout chez la femme; tantôt ils y sont introduits par un cathétérisme pratiqué avec des précautions antiseptiques

nsuffisantes; enfin, dans certains cas, il s'agit d'une urétrite simple ou blennorragique qui a franchi les limites de l'urètre et infecté la vessie.

Ces infections vésicales secondaires présentent une réelle importance. Elles jouent en effet un certain rôle dans la marche de l'affection désignée ordinairement sous le nom de cystite tuberculeuse. Leur disparition coïncide en général avec une grande amélioration de l'état des malades, et inversement ces infections secondaires de la vessie dans la cystite tuberculeuse sont habituellement suivies d'une exacerbation notable des troubles vésicaux. Ainsi certaines exacerbations survenant pendant les règles ou immédiatement après la menstruation ne sont pas dues exclusivement à la congestion, comme on le croit généralement, mais surtout à des infections secondaires de la vessie. Il y a donc avantage à débarrasser le plus tôt possible la cavité vésicale de ces microorganismes; mais à quel traitement faut-il recourir? On sait combien est délicate la thérapeutique locale et générale chez les malades atteints de cystite tuberculeuse, combien le traitement local surtout exige de tact et de prudence, combien la douleur et la fréquence des mictions peuvent être augmentées par l'usage de certaines solutions qui seraient inoffensives chez d'autres malades. Inutile de dire que le sublimé, si mal toléré par tous les urinaires et même très dangereux chez certains d'entre eux, doit être banni du traitement local chez les malades atteints de cystite tuberculeuse. J'ai traité cette question l'an dernier devant le Congrès; je n'y reviens pas.

Le nitrate d'argent peut-il être employé chez ces malades? On admet généralement qu'il ne faut pas non plus recourir à ce médicament dans le traitement local de la cystite tuberculeuse. Eh bien, c'est une exagération; le nitrate d'argent peut rendre de réels services dans ces cas, mais le succès dépend des doses choisies, du manuel opératoire employé, de l'anesthésie préalable de la muqueuse urétro-vésicale, du moment auquel on a recours à cette substance, de la façon dont le traitement est dirigé.

Il est incontestable que les instillations de nitrate d'argent aggravent presque toujours l'état des malades, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs. Cela tient d'abord à ce que les doses employées sont trop fortes : les solutions les plus faibles sont au cinquantième. Or, à cette dose, le nitrate d'argent est un caustique assez violent. Son application chez les malades atteints de cystite tuberculeuse est ordinairement suivie d'hématurie plus ou moins abondante. Les mictions deviennent également plus fréquentes et plus douloureuses. Du reste quel but se propose-t-on

d'atteindre en employant des solutions aussi fortes? Espère-t-on détruire les tubercules vésicaux? Les quelques gouttes de liquide que l'on emploie me paraissent tout à fait insuffisantes pour atteindre toutes les lésions tuberculeuses que présente la muqueuse vésicale. D'autre part, en diminuant la résistance de l'épithélium vésical dans les points encore intacts, elles favorisent une nouvelle inoculation par les bacilles contenus dans l'urine et qui viennent surtout des voies urinaires supérieures, car la tuberculose vésicale est presque toujours, sinon toujours, une tuberculose secondaire. C'est le rein qui est l'organe primitivement atteint.

Est-ce simplement une action antiseptique que l'on recherche? C'est alors trop et trop peu : c'est une solution trop forte et une quantité de liquide employée trop faible. Au point de vue antiseptique, une solution au millième suffit. J'ai pu cependant faire usage sans inconvénient de solutions plus fortes. Chez un malade de l'hôpital de la Pitié que voulut bien me confier, en 1887, M. le professeur Verneuil, je pus augmenter progressivement le titre des solutions et arriver à faire tolérer une solution à $\frac{1}{250}$; mais il faut être prudent et ne recourir en général, surtout au début du traitement, qu'à la solution au millième.

La quantité de liquide à employer doit être beaucoup plus considérable que celle indiquée pour les instillations. Il faut qu'elle soit suffisante pour que tous les points de la muqueuse vésicale soient en contact avec le liquide antiseptique; en général, on peut évaluer cette quantité à la moitié de la capacité physiologique de la vessie, qui est ordinairement faible dans les cas dont il s'agit.

Les instillations de nitrate d'argent sont encore dangereuses parce qu'elles nécessitent l'introduction dans la vessie d'un instrument, d'où une irritation de cet organe et de l'urètre postérieur et presque toujours une augmentation de la douleur et de la fréquence des mictions. Si l'on veut obtenir de bons résultats avec le nitrate d'argent, il faut recourir à un autre procédé, à un manuel opératoire tout différent : il faut injecter les solutions dans la vessie sans sonde, en suivant les règles que j'ai indiquées il y a déjà plusieurs années.

Pour atténuer l'irritation, la douleur causées par la solution de nitrate d'argent, il faut avoir soin de n'injecter cette solution dans la vessie qu'après avoir pratiqué l'anesthésie directe de la muqueuse urétro-vésicale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne, d'après le procédé que j'ai décrit. Habituellement je pratique d'abord cette anesthésie; ensuite, je fais un lavage de

la vessie sans sonde avec une solution saturée d'acide borique et je termine en injectant la solution de nitrate d'argent, que j'abandonne dans la cavité vésicale. Parfois, chez des malades d'une sensibilité extrême, je me suis servi d'un mélange de nitrate de cocaïne et de nitrate d'argent, qui permet d'éviter d'une façon à peu près complète toute sensation pénible.

Mais toutes ces précautions sont insuffisantes. Il faut encore avoir soin de ne pas employer d'emblée le nitrate d'argent. Avant de recourir à cette substance, il faut diminuer l'intensité de la douleur et la fréquence des mictions à l'aide des solutions saturées et sursaturées d'acide borique et de l'anesthésie directe de la muqueuse urétro-vésicale. Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long qu'en général on peut recourir sans inconvénient aux solutions faibles de nitrate d'argent. Parfois cependant ces dernières solutions peuvent être tolérées très vite, au bout de quelques jours du traitement préparatoire que je viens de rappeler.

Enfin, la direction du traitement exige une extrême prudence. En général, ce n'est que tous les deux ou trois jours qu'il faut employer les solutions faibles de nitrate d'argent. Dans l'intervalle, on pratique des lavages de la vessie sans sonde avec une solution saturée d'acide borique, ou l'on supprime tout traitement local. Il n'est point rare cependant d'arriver très rapidement à pouvoir employer les solutions de nitrate d'argent toutes les vingt-quatre heures plusieurs jours de suite.

Grâce à ces multiples précautions, non seulement le nitrate d'argent peut être employé sans inconvénient dans le traitement local de la cystite tuberculeuse, mais il constitue le meilleur moyen de débarrasser rapidement la vessie des infections secondaires que l'on peut observer dans le cours de la tuberculose vésicale, surtout s'il s'agit d'une infection de la vessie consécutive à une urétrite blennorragique. C'est également dans beaucoup de cas un excellent traitement local de la cystite tuberculeuse proprement dite.

Lorsque l'infection secondaire a franchi les limites de la vessie, que les uretères, les bassinets, les reins sont atteints, le traitement est beaucoup plus complexe. On sait combien est en général peu actif et peu efficace le traitement interne au point de vue antiseptique. Or, chez les tuberculeux urinaires, ce traitement interne présente son minimum d'efficacité, car les médicaments les plus énergiques, le salol par exemple, ne doivent pas être employés : ils peuvent déterminer des accidents, même lorsqu'ils sont employés à faibles doses. C'est un fait aujourd'hui bien connu. Le borax est habituellement supporté s'il est prescrit à

faible dose. Il me paraît le médicament de choix dans les cas dont je m'occupe; mais il faut avoir bien soin de recourir en même temps aux injections intra-vésicales pratiquées avec les solutions que je viens de rappeler.

Ce traitement interne ne doit pas être continué trop longtemps, car il nuirait au traitement de la tuberculose urinaire. On aura donc soin d'y substituer le plus tôt possible un traitement général tonique, qui doit constituer, comme chez les autres tuberculeux, la base de la thérapeutique générale chez ces malades.

Tel me paraît être le traitement logique des infections vésicales secondaires chez les malades atteints de cystite tuberculeuse suivant que ces infections sont limitées à la vessie ou qu'elles se sont étendues aux voies urinaires supérieures, traitement qui m'a donné du reste les meilleurs résultats chez plusieurs malades, dont quelques-uns étaient gravement atteints.

Amputation du sein.
Appareil unitif. — Réunion des lèvres de la plaie sans suture.

Par le Dr Berrut (de Paris).

J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation des membres du Congrès de chirurgie un mode simple de réunion des plaies sans suture.

Dans un cas de cancer de la lèvre inférieure, après l'ablation en V du néoplasme, je réunis les deux lèvres de la plaie par la suture entortillée. La lèvre, rendue friable par l'inflammation, fut coupée par les aiguilles une première fois; puis une seconde fois après l'application de nouvelles aiguilles placées dans l'intervalle des points coupés. La place manquait pour une nouvelle suture. Afin de lutter contre l'écartement des deux lèvres de la plaie ainsi festonnée, je plaçai sous le menton une bande que je fixai au-dessus de la tête et que je bridai en arrière par une bande transversale allant sous forme de trait d'union du bord postérieur de la bande verticale d'un côté au bord postérieur de la même bande de l'autre côté. Cette bride transversale était destinée à faire la contre-extension.

Sur chacun des bords antérieurs de la bande verticale, au niveau de la solution de continuité, je mis deux épingles qui, traversant un pli de la toile, étaient saillantes du côté de la tête et du côté de la pointe.

Un fil passé en anse sous la tête et sous la pointe d'une épingle d'un côté fut engagé de même sous une épingle du côté opposé; puis les deux chefs du fil, après avoir été croisés au-devant de la plaie, furent placés de la même manière autour des deux épingles inférieures. Après un nouveau croisement au-devant de la plaie, les fils entourèrent de nouveau les deux épingles supérieures. En un mot, les épingles piquées sur le linge servirent de point d'appui à une véritable suture entortillée qui, rapprochant deux petits rouleaux de toile jouant le rôle de compresses graduées, amena la réunion secondaire des lèvres de la plaie et une cicatrisation régulière.

Quoique la suture reste le meilleur mode de réunion applicable aux divisions d'une partie mobile comme la lèvre, le résultat favorable que j'ai obtenu m'a amené à donner à l'appareil improvisé une forme plus précise et plus pratique en substituant aux épingles des crochets, et à tenter sur les diverses parties du corps l'application de ce mode de réunion des plaies qu'on peut désigner sous le nom de réunion par appareil unitif.

L'appareil unitif a pour but de réunir exactement les parties divisées sans les piquer, les enflammer ni les confondre.

Il consiste en :

1° Une bande de linge armée de crochets;

2° Deux compresses quadrangulaires;

3° Un fil écru connu sous le nom de fil de Bretagne.

Amputation du bras. — J'ai employé pour la première fois l'appareil unitif tel que je le décris aujourd'hui sur une femme à qui je pratiquai l'amputation du bras par la méthode circulaire.

Je plaçai autour du moignon une bande de linge qui fut fixée par un bandage dont le point d'appui fut pris sur l'épaule et l'aisselle du côté opposé. Le bord inférieur de la bande fut armé de crochets de deux en deux centimètres dans tout son pourtour. La ligne de crochets était située à deux centimètres au-dessus du niveau de la surface de section des muscles.

Deux compresses quadrangulaires placées sous la ligne des crochets et s'avançant jusqu'à deux centimètres des bords de la plaie réfléchissaient la peau et l'appliquaient sur la surface de section des muscles et de l'os.

Un fil allant d'un crochet au crochet placé en face, croisant ses deux chefs puis les engageant dans les crochets placés à côté, constituait une suture médiate entortillée qui, sans offenser la peau dont la séparaient les compresses quadrangulaires, assurait le contact de la face profonde cutanée avec les surfaces cruentées des muscles et de l'os et l'exacte juxtaposition des surfaces de section de la peau.

La malade n'accusant aucune gêne, aucune souffrance, je ne touchai à l'appareil que le onzième jour. Le moignon était cicatrisé partout excepté au point unique qui donnait passage aux fils de ligature. Je ne mis plus de pansement. Les fils étant tombés spontanément le vingt-cinquième jour, quatre jours après le petit trajet était cicatrisé.

Amputation de la jambe. — Avec l'appareil unitif le même résultat a été obtenu le treizième jour dans une amputation sus-malléolaire que j'eus à pratiquer à la suite de traumatisme.

Amputation du sein. — Ces résultats m'ont amené à me servir de l'appareil unitif dans les cas nombreux d'amputation du sein que je pratique chaque année.

Je l'applique de la manière suivante :

La bande de linge est constituée par un bandage de corps. Elle a en largeur l'étendue de la solution de continuité, en longueur la circonférence de la poitrine moins dix centimètres. Le milieu de la bande de linge est appliqué sur le point diamétralement opposé à la plaie. Les deux chefs de la bande, armés de deux en deux centimètres de crochets semblables à ceux que les femmes placent à la ceinture de leur robe, sont ramenés vers la plaie dont ils demeurent distants de cinq centimètres de chaque côté.

Sous chaque chef une compresse quadrangulaire est placée en partie sous le bord de la pièce de linge qu'elle dépasse en avançant jusqu'à deux centimètres de la plaie.

Le fil engagé dans les deux crochets supérieurs rapproche les deux bords de la bande; avec eux, les deux compresses quadrangulaires; avec elles, les deux lèvres de la plaie qui sont amenées ainsi à un contact exact; puis les deux chefs du fil se croisent au-devant de la plaie, s'engagent dans les seconds crochets, se croisent au-devant de la plaie, s'engagent dans les troisièmes et ainsi de suite jusqu'aux deux derniers où le fil est arrêté après avoir décrit au-devant de la plaie un réseau à travers lequel on peut voir et surveiller l'exacte confrontation des lèvres de la solution de continuité.

La pièce de linge sert à donner un point d'appui aux efforts de réunion, évite à la peau et subit seule les violences de la traction sur un point limité.

Les compresses quadrangulaires servent à répartir la pression sur une surface plus étendue et à rapprocher les parties profondes en même temps que la peau. De plus, par leur interposition entre le plan des crochets et la surface cutanée, elles protègent les téguments contre le contact du fil.

Le fil écru a peu d'extensibilité et reste le fidèle dépositaire de la force que lui a confiée la main du chirurgien. Il est utile

dans quelques cas de fixer l'appareil unitif par deux bretelles.

La première fois que j'ai appliqué ce mode de réunion dans l'amputation du sein, l'appareil fut enlevé le onzième jour et la réunion par première intention était complète; il n'y avait eu aucune ligature.

Depuis je l'ai adopté dans tous les cas où la réunion immédiate est possible.

Après avoir employé pendant de longues années l'appareil unitif tel que je viens de le décrire, je crois pouvoir dire :

1° Que l'appareil unitif peut être appliqué sur toutes les parties de la surface du corps, excepté sur le cou qui ne peut être soumis à une pression et sur les parties comme les lèvres, le scrotum, les parois abdominales qui, à cause de leur mobilité, échappent à son action et réclament la suture;

2° Que, aussi bien dans les plaies à ligne droite que dans celles à ligne courbe, la ligne de crochets de l'appareil unitif doit être en tous points extérieure et parallèle à la ligne de développement de la solution de continuité; il faut laisser entre les deux lignes la marge nécessaire à l'accomplissement de la traction sur les crochets;

3° Que dans les cas où il est applicable, l'appareil unitif assure la réunion immédiate des parties profondes mieux que la suture, qui agit mal profondément, mieux que les divers bandages unissants, mieux que les préparations emplastiques qui dessinent plutôt l'intention du chirurgien qu'elles ne la réalisent.

4° Qu'à cause de l'exactitude de son mode d'action, l'appareil unitif est utile comme agent de compression adhésive dans les décollements purulents et dans les tentatives de recollement des cavités accidentelles.

Je limite à ces quelques mots ma communication, qui a pour but de fixer un instant l'attention des membres du Congrès sur un mode de réunion des plaies d'amputation du sein dont le seul mérite est la simplicité.

Séance du samedi 8 avril (matin).

Présidence de M. le Professeur Roux (de Lausanne).

Greffes autoplastiques,

Par le Dr Levrat, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Je viens vous présenter deux observations de greffe pour des cicatrices de brûlure gênant le fonctionnement du bras et de la main.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui avait été brûlé par un accident de lampe à pétrole à l'âge de dix ans. La cicatrisation mit trois ans à se faire. Un an après, les déformations étaient telles que le bras ne pouvait plus fonctionner.

De la paroi thoracique à l'avant-bras une immense bride cicatricielle tenait l'avant-bras fléchi à angle aigu sur le bras.

Une autre bride cicatricielle partant de l'avant-bras fixait la main en pronation forcée avec flexion totale.

Je me proposai de rendre en partie à l'enfant l'usage de son *bras droit*. Voici comment je procédai :

Dans une première opération, je sectionnai la bride du pli du coude, j'eus à la disséquer largement pour la dégager des adhérences profondes et, l'avant-bras étendu par force sur le bras, j'avais une plaie de forme losangique. Je découpai alors sur la paroi du thorax un lambeau en accent circonflexe et je fixai les deux bords de ce lambeau aux bords de l'incision.

Un pansement antiseptique fait soigneusement, l'enfant fut entouré de coton antiseptique et le bras fixé au corps dans l'extension par des bandes silicatées. Cette attitude fut gardée un mois.

Malgré l'antisepsie, la plaie avait suppuré, mais le lambeau tenait et je pus, au bout d'un mois, compléter le losange sur la paroi thoracique et fixer le 2e accent circonflexe à la 2e partie de la plaie du bras. Comme la plaie avait suppuré, je laissai un drain en T et tout fut cicatrisé en quinze jours.

Après deux mois de repos, je renouvelai l'opération pour la main.

Je sectionnai donc la bride du poignet.

Je pris alors de la peau de la fesse.

Le résultat général est loin de réaliser un désir d'esthétique,

mais après deux ans, le malade écrit et est employé aux écritures dans une maison de commerce. Il est revenu me voir et ne désire aucune nouvelle opération. Je vous fais passer sa photographie avant et immédiatement après l'opération.

Je viens d'avoir l'occasion d'appliquer la même méthode pour la paume de la main.

Il s'agit d'une fillette de six ans qui s'est brûlée la peau de la région palmaire en tombant, la main ouverte, sur un poêle en fonte porté au rouge. Les doigts de la main droite étaient entièrement fléchis dans la paume de la main.

Je disséquai complètement la cicatrice, j'étalai les doigts par force et j'eus ainsi dans le creux de la main, une large plaie, presque circulaire.

Je découpai sur la fesse une demi-circonférence qui fut fixée au bord inférieur de la plaie palmaire par une série de points de suture; comme dans le cas précédent la main fut fixée à la fesse sous un pansement antiseptique et recouverte de bandes silicatées.

Un mois après, je libérai le lambeau et le fixai. Deux mois aprés, les 3 derniers doigts et le pouce fonctionnaient librement. L'index seul est encore replié mais redressable et, du reste, je me propose de compléter plus tard ce redressement.

Un fait cependant m'inquiète un peu : la peau de la fesse transplantée dans la main semble augmenter de volume et des poils s'y développent d'une façon anormale.

Mais ce qui fait que j'ai osé vous présenter ces observations de petite chirurgie, c'est que le résultat fonctionnel est bon dans les deux cas. J'ai eu à essayer d'autres greffes dans d'autres cas où je ne pouvais songer à utiliser la peau des fesses ou des cuisses. Sur trois cas, la greffe de peau de *grenouille* m'a donné un bon résultat chez une fillette de treize ans et deux insuccès où les greffes se résorbaient.

Enfin j'ai échoué dans un cas où j'avais greffé sur une plaie de brûlure, au pli du coude, la peau dédoublée d'un prépuce que j'avais enlevé par la circoncision. La greffe s'est en partie mortifiée, en partie résorbée.

Ablation d'une tumeur de la parotide,

Par le Dr Levrat, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

J'ai demandé aussi à vous présenter brièvement une autre observation qui date de sept ans, et dont une photographie indiquera le résultat actuel, car je viens de revoir le malade.

J'ai eu à enlever à un homme âgé de soixante-cinq ans, qui, par conséquent, en a soixante-douze maintenant, une énorme tumeur de la parotide, qui avait gagné le cou et qui, toute enlevée et vide de sang, pesait 5 kilogr. 900, autant dire 6 kilogrammes.

La photographie du malade à cette époque, jointe à la photographie actuelle, vous en dira plus que je ne puis en dire.

Permettez-moi cependant de relater quelques particularités de cette opération.

Les veines saignèrent peu.

J'avais pris du reste la précaution de les couper entre deux pinces.

Je dus lier 47 artères ou branches artérielles, et en raison de la déformation de la région, du volume considérable des vaisseaux (j'ai lié plusieurs vaisseaux du volume de la carotide), j'ai disséqué lentement, au plus près, bien épongé, et lié dès qu'un vaisseau saignait ou était visible.

A un moment, j'avais jeté une ligature préventive sur ce que je croyais un gros vaisseau; j'ai eu un arrêt brusque du cœur qui, heureusement, a battu dès que la ligature a été coupée : j'étais à ce moment au fond d'une plaie énorme et près de la trachée.

Un dernier noyau de la tumeur, très profond, restait encore, du volume d'un œuf et si profond que je plaçai à sa base une ligature élastique avec un drain et le sectionnai dans sa continuité.

Durée, deux heures un quart.

Les suites furent simples; tout s'est éliminé au bout de cinq jours : il n'y a pas eu de récidive. L'examen histologique a fait trouver des éléments variables, mais de l'enchondrome surtout et des points douteux de sarcome.

J'avais gardé la peau de la face supérieure de la tumeur et je n'ai eu que très peu de paralysie faciale.

La photographie du résultat vous montrera l'absence totale d'accident; la paralysie faciale, limitée au coin de la lèvre, est invisible.

Sur le traitement de la coxalgie et sur la valeur de la méthode de l'extension continue,

Par le Dr Calot, Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild et de l'hôpital Cazin-Perrochaud, à Berck-sur-Mer.

Je ne viens pas lire, comme le titre de ma communication pourrait le faire craindre, un chapitre complet du traitement de la coxalgie. Je veux seulement apporter les quelques enseignements

qui se dégagent de ma pratique personnelle sur la valeur comparée des diverses méthodes thérapeutiques de cette maladie, d'autant qu'ils sont loin de confirmer sur tous les points l'opinion des auteurs classiques.

C'est même parce que j'ai eu personnellement, en appliquant les procédés par eux recommandés, des mécomptes trop douloureux que j'ai voulu mettre en garde les chirurgiens contre l'acceptation trop exclusive de toutes leurs affirmations.

Je m'explique en quelques mots. J'ai soigné des centaines de coxalgiques soit à l'hôpital, soit en ville par la méthode de l'extension continue.

L'extension était faite suivant le procédé connu de Lannelongue ou suivant le procédé légèrement modifié d'Hennequin.

Ces malades, je les ai surveillés de très près et suivis moi-même; il en est un bon nombre que j'ai vus tous les jours pendant près de deux ans.

L'extension continue devait donner dans ces conditions, si je ne me trompe, son maximum de rendement.

Et cependant la vérité m'oblige à dire que parmi ces malades il en est un assez grand nombre — et ce n'étaient certes pas les moins surveillés — chez qui la traction, installée dès la première heure, continuée pendant de longs mois, n'a pu empêcher les attitudes vicieuses ni même les subluxations de se produire.

A côté de ceux-là, il est d'autres coxalgiques que j'avais trouvés déjà déviés et fléchis.

Je les ai redressés et sur ces membres redressés j'ai rivé des poids énormes, bien supérieurs à ceux que l'on emploie généralement. Deux et trois mois après, la flexion et l'ensellure s'étaient reproduites. Un nouveau redressement était fait sous le chloroforme et la traction installée à nouveau. Vains efforts! la déviation se reproduisait encore.

Voilà les faits dans leur éloquence brutale. Je les résume d'un mot. L'extension continue n'a pas pu chez les uns prévenir l'apparition des déviations ou des subluxations de la hanche — et n'a pas pu chez les autres, ces déviations étant corrigées par une séance de redressement, maintenir la correction.

J'espère bien qu'on ne m'accusera pas d'apporter dans cette discussion un parti pris quelconque. On devine aisément avec quel désappointement douloureux j'ai observé l'inutilité de mes efforts persévérants, avec quelle amertume j'ai été obligé de convenir devant les parents de mes petits malades que je n'avais pas tenu les promesses que j'avais faites de prévenir les attitudes vicieuses.

Et cependant, ce n'est pas dans le mode d'application de la

méthode, je ne crains pas de le dire bien haut, que se trouve l'explication de ces échecs; mais dans l'insuffisance, dans l'imperfection de la méthode elle-même. C'est elle qui n'a pas tenu les brillantes promesses qu'elle avait faites.

Dans ce concert de louanges qui s'élèvent de toutes parts en son honneur, je n'aurais pas osé néanmoins venir jeter une note discordante, si je n'avais eu à lui opposer que ces faits personnels.

Mais j'ai eu l'occasion d'autre part d'examiner des vingtaines de malades traités par le même procédé, mais par des mains beaucoup plus habiles que les miennes; et malheureusement bon nombre des malades de cette deuxième catégorie n'avaient pu éviter davantage les déplacements et les attitudes vicieuses.

Après ces constatations, n'ai-je pas le droit de faire le procès de la méthode elle-même?

Je ne voudrais pas que quelqu'un pût se méprendre sur la portée de mes déductions. Chacun de vous peut certainement apporter ici des observations personnelles de guérison de la coxalgie à la suite de l'extension continue.

Il est bien loin de ma pensée de vouloir nier ces résultats — est-ce que nous ne savons pas que le seul repos au lit suffit parfois à assurer la guérison lorsque la déviation n'existe pas encore? — pas plus que je ne veux nier que certaines flexions légères de la cuisse n'aient cédé sous l'extension continue. Pour le dire dès maintenant, l'extension continue assure une immobilisation assez sérieuse, surtout dans le procédé de Lannelongue, et peut réellement de ce fait remédier à une déviation entretenue par la vigilance des muscles périarticulaires. Et c'est de ces cas favorables que vit l'extension continue et qu'elle vivra sans doute encore longtemps.

Mais ce que j'affirme, c'est que la coxalgie poursuivant sa marche en avant, cette méthode sera impuissante à prévenir les attitudes vicieuses et les subluxations.

La déviation est en effet produite alors par les rétractions fibreuses des tissus périarticulaires, par l'envahissement de certains groupes musculaires (habituellement les fessiers et les pelvi-trochantériens) assurant la prédominance de leurs antagonistes (adducteurs et fléchisseurs de la cuisse), et enfin par des modifications anatomiques des extrémités articulaires; or la traction continue telle que nous l'appliquons n'a pas une puissance ni une direction qui lui permettent de lutter victorieusement contre ces divers facteurs des attitudes vicieuses.

Et ces mêmes facteurs reprenant leur action après le redressement forcé de la déviation, l'on s'explique aisément que l'exten-

sion continue soit insuffisante dans ces cas à maintenir la correction. C'est ainsi que nous sommes amenés à comprendre comment, dans le cours d'un traitement de la coxalgie par cette méthode, l'on soit obligé parfois de procéder tous les deux ou trois mois à une nouvelle séance de redressement forcé.

Ici se terminerait ma communication si je n'avais pour but que de signaler les desiderata d'une méthode si généreusement acceptée sans conditions par presque tous les chirurgiens.

Mais la constatation de ces faits devait naturellement me conduire, après bien d'autres, à chercher dans l'immobilisation parfaite des deux leviers articulaires le moyen d'empêcher ces difformités et ces déplacements.

Bonnet poursuivait déjà cet objectif et croyait l'avoir atteint lorsqu'il nous donna sa gouttière. Mais le bassin se dévie dans cet appareil et se contourne; l'ensellure se reproduit et l'on retire assez souvent de la gouttière, comme le remarque Lannelongue, un enfant difforme.

On s'est adressé alors aux appareils inamovibles. « Mais trop souvent, dit Monod, la mauvaise attitude de la hanche se reproduit sous le bandage. »

Je reconnais parfaitement le bien fondé de cette double condamnation de la gouttière de Bonnet et des appareils inamovibles généralement employés.

Mais ce que je ne puis accorder, c'est la déduction qu'on en veut tirer, que l'immobilisation parfaite des deux leviers de l'articulation de la hanche soit impossible à obtenir. Je déclare que l'appareil plâtré fait à l'aide de bandes de Sayre assure cette immobilisation parfaite; — mais que l'on sache bien que son efficacité est absolument subordonnée à l'exécution très minutieuse des détails de construction que je vais indiquer.

Le membre doit être surpris par le plâtre dans une position très correcte et maintenu par un aide dans cette situation jusqu'à ce que l'appareil soit parfaitement solide. Le secours du chloroforme sera parfois nécessaire pour assurer ce premier point.

L'appareil a été appliqué en bonne position ; c'est la première condition qu'il doit remplir pour atteindre le but.

Il doit, en second lieu, être construit de manière à rendre cette attitude normale bien définitive, ou, en d'autres termes, à rendre impossible toute inflexion du malade dans le bandage pendant les quelques semaines où celui-ci doit rester en place.

L'on ne peut assurer ce résultat qu'en faisant partir l'appareil de la ligne bi-axillaire et en le prolongeant inférieurement sur la jambe pour immobiliser l'articulation du genou.

Il faut d'autre part que l'appareil soit très étroitement serré — très étroitement serré, j'insiste, — c'est-à-dire seulement séparé du corps par une très mince couche d'ouate.

Un appareil ainsi construit immobilise vraiment la hanche et j'affirme à M. Monod que la déviation ne se reproduira pas sous ce bandage; — si elle se reproduisait, c'est que le mode d'application de l'appareil aurait été défectueux.

C'est sur un nombre déjà assez considérable d'observations personnelles — plus de 50 cas — que s'appuie cette affirmation.

Il est donc bien évident pour moi que la méthode de l'extension continue ne peut pas soutenir la comparaison avec l'immobilisation absolue au point de vue orthopédique.

En quelques mots, je voudrais démontrer qu'elle lui est inférieure à tous les autres points de vue.

Il faut en premier lieu combattre la douleur. L'extension continue est souveraine, disent ses partisans. Il y a une grande part de vérité dans cette affirmation, mais aussi une petite part d'exagération.

Ceux d'entre vous qui ont suivi un grand nombre de coxalgiques savent qu'il est des cas où l'extension continue ne supprime pas les douleurs — même lorsqu'on lui donne sa valeur maxima.

Comme l'a dit Bœckel depuis longtemps déjà, ce que l'on ne pouvait pas par l'extension continue dans ces cas rebelles, on l'a obtenu par un appareil bien fait.

Et Monod lui-même — partisan de la traction continue cependant, ne l'oubliez pas — concède qu'au point de vue du soulagement du malade la méthode de Bonnet peut sans désavantage soutenir la comparaison avec la *distraction's methode.*

« Elle peut encore soutenir hardiment cette comparaison, ajoute M. Monod, au point de vue de son influence sur la marche de la maladie. »

Est-ce bien la peine d'entrer dans de longs détails pour le démontrer, et se trouvera-t-il quelqu'un pour soutenir sérieusement qu'il est une meilleure thérapeutique des tumeurs blanches au début et à la période d'état que l'immobilisation de l'article malade? Le professeur Lannelongue, avec la grande autorité qui s'attache à son talent et à sa situation, proclamait ici-même à l'avant-dernière séance du Congrès cette nécessité absolue de soumettre au repos et à l'immobilisation les jointures malades dès que le diagnostic est posé. J'ai le droit d'ajouter que plus le repos et l'immobilisation seront parfaits, plus et mieux les indications seront remplies.

Il n'est pas douteux que le procédé que nous indiquons ne per-

mette beaucoup plus sûrement que tous les autres d'atteindre le but.

Outre l'avantage d'assurer l'immobilisation parfaite, l'appareil plâtré a celui de permettre une compression aussi précise que l'on veut des tissus malades ; et la compression rend des services précieux, vous le savez, dans le traitement des tumeurs blanches. Nous avons vu maintes fois des fongosités existant sur des hanches soumises à l'extension continue et par conséquent laissées à découvert, céder dans l'espace de quelques semaines sous la compression de l'appareil plâtré.

Mais il est une indication supérieure dont vous ne tenez pas compte, me dira-t-on, celle d'éviter l'ulcération compressive. L'immobilisation absolue n'y peut rien et la traction continue y remédie en amenant l'écartement des surfaces articulaires.

Voilà bien, si je ne me trompe, le grand cheval de bataille des partisans de la méthode.

Avant de discuter la question de savoir si cet écartement est réellement produit par la traction telle qu'elle est appliquée, je voudrais vous soumettre les quelques réflexions suivantes.

Est-ce que l'on s'en préoccupe tant que cela de cette prétendue ulcération compressive dans le traitement des autres tumeurs blanches ; et est-ce que cependant elles guérissent moins bien et moins souvent ?

Mais surtout est-ce qu'ils s'en préoccupent tant que cela les partisans de la méthode eux-mêmes, lorsque, dans le cas d'allongement apparent du membre malade, ils appliquent comme Volkmann la traction sur le membre sain.

Je ne veux pas nier cependant l'ulcération compressive. Mais j'estime que le meilleur moyen d'y remédier c'est de fixer la jointure dans sa position normale et d'empêcher ainsi la compression de se faire en un seul point. C'est que je ne crois nullement, en effet, à la possibilité d'éviter cette ulcération par un autre moyen, c'est-à-dire que je ne crois pas à la production d'un écartement des surfaces articulaires par le poids rivé au membre malade.

Il est juste de reconnaître que le nombre des médecins — même parmi les partisans décidés de l'extension continue – qui croient encore à cet écartement va chaque jour diminuant. Il en reste cependant quelques-uns qui conservent cette généreuse illusion.

Je les prie de réfléchir un instant à la force qui maintient au contact les surfaces articulaires de la hanche ; cette force est composée de deux éléments : la pression atmosphérique qui représente plus de 60 livres, et la résistance des tissus périarticulaires,

qui, d'après les expériences, est d'au moins 20 livres. Je prends un minimum.

Et alors on se demande comment l'on a pu songer sérieusement à combattre cette double force — par une traction de 2 à 8 livres dont peut-être la moitié seulement est réellement utile par suite de la déperdition causée par les frottements de l'appareil de traction sur le lit.

Oui, mais l'on ne peut pas comparer une hanche malade, dont les liens articulaires sont envahis par la tuberculose, avec une hanche saine.

Mais n'est-ce pas précisément aux premières périodes de la maladie qu'on applique l'extension continue, lorsque la pression atmosphérique agit encore et que les liens fibreux de la jointure ont leur solidité sensiblement normale.

Est-on bien sûr en effet, que la résistance des tissus périarticulaires soit, à ces premières périodes, notablement diminuée par le fait de l'infiltration tuberculeuse? Si celle-ci aboutit au ramollissement dans certains points, elle aboutit ailleurs à la sclérose, et alors des tissus extensibles sur une hanche saine se trouvent remplacés par des cordes fibreuses rigides et très résistantes.

Ces liens peuvent acquérir une solidité extrême comme dans les coxalgies un peu anciennes et ils demandent pour être brisés des tractions de plus de 100 et 150 kilogrammes, comme j'ai pu m'en convaincre en essayant la correction des très vieilles déviations. N'est-elle pas digne d'admiration la foi des chirurgiens qui opposent à ces déviations et à ces raccourcissements anciens des tractions soit continues soit même seulement nocturnes, de 7 à 8 livres, pendant des années!

Mais la routine est une belle chose, et longtemps encore sans doute on fera supporter à ces membres raccourcis des tractions qui n'ont jamais amené un allongement égal à la valeur du µ des histologistes.

Je ferme la parenthèse et je reviens à mon sujet pour dire que l'écartement des surfaces articulaires ne peut pas être rationnellement demandé à l'extension continue faite avec les poids ordinaires.

Ce que la raison rejette *a priori*, ce n'est certes pas l'expérimentation qui nous oblige à l'admettre. Après avoir discuté les expériences instituées pour résoudre le problème, Lannelongue est obligé de conclure « que les résultats contradictoires qu'elles ont données ne permettent pas de trancher la question de la séparation des surfaces par l'extension continue ».

Et Kirmisson avoue de son côté, dans le nouveau *Traité de chi-*

rurgie, « que l'extension continue, telle qu'on l'emploie en chirurgie, ne saurait produire l'écartement entre les surfaces articulaires ».

« M. Lannelongue, ajoute-t-il, pense cependant avoir démontré par une expérience sur le cadavre la réalité de cet écartement, mais cette expérience ne nous paraît pas concluante.

Il s'agissait d'un garçon de quatre ans porteur d'une coxalgie datant de cinq mois, qui avait été soumis à une extension continue de 2 et 3 kilogrammes pendant quarante-cinq jours. A ce moment il est atteint du croup qui l'emporte en quatre jours. Dans ces quatre derniers jours la traction avait été supprimée.

On la refait après la mort et le cadavre est congelé pendant qu'il était soumis à l'extension.

Une figure annexée à l'observation nous révèle l'état de la jointure.

Je regrette vivement de ne pas pouvoir faire passer cette figure sous vos yeux.

L'on y voit en effet les deux surfaces articulaires séparées par un intervalle d'un demi-centimètre; mais cet espace est rempli par une bande de tissu fongueux qui coiffe exactement la tête fémorale.

Il ne faut pas oublier que l'extension avait été supprimée dans les quatre derniers jours. Pendant ces quatre derniers jours le contact devait exister entre les surfaces articulaires, d'après l'auteur, et l'écartement figuré aurait été produit par la traction faite après la mort; mais alors cette bande fongueuse épaisse d'un demi-centimètre et moulée sur les deux surfaces articulaires, qui assure cet écartement, se serait produite aussi après la mort? Cela n'est pas soutenable, n'est-il pas vrai?

Ce qui est bien démontré, c'est que ce disque fongueux et par conséquent l'écartement existaient dans les quatre derniers jours, c'est-à-dire à un moment où l'extension n'était pas faite — et que cet écartement articulaire n'a par conséquent pas été produit par elle.

De quoi s'agit-il en somme dans ce cas, sinon d'un exemple de cette particularité anatomique signalée depuis des siècles par Asclépiade, qui faisait remarquer que la cause de la luxation spontanée résidait souvent dans une production charnue née à l'intérieur de l'article malade. — Or Asclépiade ne faisait pas, que je sache, l'extension continue.

J'étais obligé d'entrer dans ces détails un peu ennuyeux pour être autorisé à conclure avec Kirmisson que l'extension continue ne produit pas l'écartement articulaire et que l'expérience unique sur laquelle on voulait étayer cette opinion se retourne contre elle.

A tous les points de vue par conséquent, la méthode de l'immobilisation absolue est supérieure à l'autre.

Je voudrais, pour lever les hésitations de ceux qui se refusent encore à s'adresser à l'appareil plâtré, montrer qu'il échappe aux divers reproches qu'on lui a faits.

Mais je ne puis insister. Tous ceux qui l'ont vu couramment appliqué dans mon service ont pu constater combien il est aisé de l'entretenir en bon état, combien facile est la toilette de l'enfant.

La surveillance du membre est possible sous l'appareil lui-même, et rien n'empêche au reste de le remplacer tous les deux ou trois mois ou même tous les mois, si l'on veut.

J'aurais voulu démontrer encore que si l'extension continue possède quelques avantages, elle les doit d'une part à sa très grande facilité d'application qui suffira à la faire conserver par ceux qui se contentent d'à peu près, et d'autre part à l'immobilisation assez sérieuse qu'elle assure surtout lorsqu'elle est faite par le procédé Lannelongue. Dans ce procédé, en effet, le tronc et les membres inférieurs sont assujettis par des lacs sur le plan du lit...

Mais j'ai été déjà trop long et je termine en disant qu'il est grand temps de revenir pour le traitement de la coxalgie à la vieille méthode française, à la méthode de Bonnet, à l'immobilisation absolue.

M. Lannelongue (de Paris). — Je n'aurais pas pris la parole et j'aurais laissé à M. Calot la responsabilité de tout ce qu'il vient de dire, si je n'avais pas été mis en cause directement. A propos d'une expérience d'une certaine importance, puisqu'elle est la première dans l'espèce et qu'elle démontre que chez l'homme vivant, l'extension continue écarte la surface osseuse dans la coxotuberculose, M. Calot me fait dire ce que je n'ai ni dit, ni écrit. Il interprète d'une manière trop fantaisiste un fait anatomique et je dois le prier de rectifier son opinion. Dans cette expérience, j'ai trouvé que le vide existant entre la tête du fémur et le cotyle était comblé par des fongosités émanant de la synoviale, ce qui devait être, *a priori*. Or M. Calot me fait dire que les fongosités s'y sont développées après la mort, parce que l'extension continue a été interrompue pendant quelques jours avant la mort du sujet. Je n'ai jamais dit une chose aussi absurde et je suis étonné qu'on me la prête. Sur l'enfant vivant, les fongosités ont rempli le vide à mesure qu'il s'est produit et c'est là, entre parenthèse, un nouvel argument en faveur des effets qu'amène l'extension continue, c'est-à-dire en faveur de l'écarte-

ment des surfaces osseuses. Cet écartement est surpris sur le fait dans l'expérience précédente, qui est d'autant plus intéressante, que le sujet était atteint de coxotuberculose.

Voilà pour ce qui m'est personnel et que je ne pouvais pas laisser passer sans y répondre.

Sur la communication faite par M. Calot je ne discuterai pas et je renverrai à ce que j'ai écrit sur la coxotuberculose et à l'opinion unanime aujourd'hui, acceptée en Angleterre, en Allemagne, en Russie, en Amérique et partout en un mot. On a expérimentalement vérifié les effets de l'extension continue, et on ne saurait en aucune façon comparer une articulation où la capsule et les ligaments sont transformés en tissus mous et sans résistance, où les surfaces osseuses sont l'une agrandie, le cotyle, l'autre rapetissée, la tête fémorale, à une articulation normale. Si la pression atmosphérique agit dans un cas, elle n'agit plus dans l'autre et les luxations spontanées qui se produisent tout naturellement, sans communication avec l'air extérieur, en sont la meilleure preuve; c'est qu'en effet la jointure est disloquée et les surfaces non retenues s'abandonnent sans effort; l'extension continue peut très aisément alors empêcher ces déplacements sans avoir à lutter contre la pression atmosphérique. Mais, je le répète, la question a été discutée à fond dans les sociétés de tous les pays et dans d'excellents mémoires; elle a été résolue partout dans le même sens, c'est-à-dire en faveur de l'extension continue dont les avantages sont très supérieurs à ceux des autres méthodes et les débats sont clos. Je n'ajouterai qu'un mot : c'est une méthode d'origine française imaginée par Le Sauvage, de Caen, en 1835...

M. Phocas. — Je partage l'avis de M. Lannelongue en ce qui concerne la valeur de l'extension continue : elle agit merveilleusement sur les douleurs et les contractures.

Péritonite tuberculeuse avec ascite, laparotomie, guérison pendant quatre mois; récidive après ce temps; seconde laparotomie; mort,

Par J. Courtin, Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

J'ai l'honneur de soumettre au Congrès français de chirurgie une observation de péritonite tuberculeuse avec ascite traitée par la laparotomie.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, habitant la commune de Sainte-Hélène, près de Bordeaux; cette femme a eu huit enfants qu'elle

a nourris, elle a toujours eu bonne santé, elle est bien réglée, il n'y a rien à noter au point de vue héréditaire, son mari et ses enfants vivent et se portent bien.

C'est au milieu du mois d'août 1892 qu'elle sentit son ventre augmenter de volume; les règles persistèrent, mais un amaigrissement assez considérable se produisit, contrastant avec le développement anormal de l'abdomen.

Son médecin, M. Pellucheneau, préoccupé de son état, me fit appeler auprès d'elle le 19 octobre 1892.

A ce moment, il me fut facile de constater qu'il y avait un épanchement ascitique considérable, je pratiquai ce même jour une ponction et je retirai 15 litres de liquide séro-sanguinolent.

Le liquide enlevé, je fis un examen des viscères, et ne trouvai rien à retenir ni du côté du foie ni du côté des poumons et du cœur; l'examen de l'urine démontra l'absence d'albuminurie.

L'ovaire gauche était de la grosseur du poing; je prescrivis la compression abdominale, le repos au lit et un régime tonique.

Un mois et demi après cette ponction, le liquide s'étant reproduit, je conseillai la laparotomie, que je fis le 9 décembre 1892 avec l'aide du Dr Rivière, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine, du Dr Raulin et du médecin ordinaire M. Pellucheneau.

Incision de cinq centimètres sur la ligne blanche. Le péritoine se présente très épaissi; ponction : je retire 16 litres de ce même liquide séro-sanguinolent obtenu antérieurement.

L'écoulement dure quarante minutes; avec des ciseaux, section du péritoine qui apparaît rouge, enflammé et recouvert d'un nombre considérable de petits grains blanchâtres, donnant l'aspect de grains de semoule. La main dans la cavité péritonéale permet d'apprécier que les surfaces de l'intestin, de la rate, du bord du foie en sont parsemées. Ces granulations sont très confluentes, surtout au niveau des deux flancs, où le péritoine est rugueux, plus épaissi. L'ovaire gauche, de la grosseur du poing, est polykystique, les trompes ont leur volume normal. Ablation de l'ovaire gauche, recouvert lui aussi de granulations et présentant deux petits kystes, l'un séreux, l'autre sanguinolent. Toilette du péritoine, attouchement de toutes les parties accessibles avec des éponges aseptisées et trempées dans une solution forte d'acide phénique.

Suture étagée du péritoine, des muscles et de la peau.

Anesthésie et opération ont duré une heure trois quarts.

La malade vomit jusqu'au lendemain matin, pas d'élévation de température.

Elle urine sans sonde.

Pendant les huit jours qui suivent l'opération, aucun incident à noter. Ce délai passé, j'enlève les points de sutures musculaires et cutanées et j'applique sur la plaie plusieurs doubles de gaze imprégnée de collodion iodoformé.

Le ventre est souple, il n'a pas augmenté de volume depuis l'opération, pas de matité dans les points déclives.

La malade se lève le 27 novembre, dix-huit jours après l'opération, son appétit est bon, elle dort bien, l'état général est très satisfaisant, pas de liquide dans le péritoine.

A la fin du mois de janvier, cette malade reprend la totalité de ses occupations, elle a engraissé, son ventre est aplati.

Quinze jours après cette communication, je fus appelé le 26 avril auprès de cette malade, qui habite une commune du département éloignée de Bordeaux; elle avait pâli et maigri depuis une huitaine de jours et son ventre avait gonflé; à l'examen je retrouvais une certaine quantité de liquide dans les points déclives de l'abdomen.

Un traitement médical : lait, diurétique, quelques purgatifs, furent conseillés; le ventre augmentant considérablement de volume, la malade réclama une seconde intervention, elle étouffait au lit; des vomissements avec efforts pénibles l'incommodaient.

Une seconde laparotomie fut faite le 7 mai : incision de 4 centimètres, sur la ligne blanche et sur la cicatrice de la première opération, le péritoine apparaît encore plus épaissi et plus rouge que la première fois, il est tapissé d'un plus grand nombre de grains de semoule.

Evacuation lente de douze litres de liquide sanguinolent, plus teinté que celui obtenu dans la première intervention.

Le liquide évacué, j'imprègne des éponges de vaseline liquide iodoformée et je badigeonne toutes les parties accessibles.

L'opération terminée sans aucun incident, la malade est réchauffée dans son lit, le pouls reste petit, elle a quelques vomissements qui persistent toute la journée, sans cesser le lendemain.

Le ventre reste souple, la température ne s'élève pas, mais le pouls est petit, il devient irrégulier, adynamie; mort le 9 au matin, 48 heures après l'opération.

En reprenant les détails de cette observation, on est frappé de la soustraction liquide considérable effectuée chez cette femme pendant ces cinq mois.

Je me demande si ce n'est pas à cette particularité qu'il faut attribuer la cause de la mort qui s'est ainsi produite sans symptômes caractérisques. Pour expliquer le mécanisme de la guérison, passagère chez cette malade, quelquefois définitive chez d'autres, faut-il admettre, avec Lauenstein, que dans ces cas la sécheresse et la lumière étant nuisibles au bacille, la laparotomie n'agit que par la soustraction du liquide et par l'exposition du péritoine à la lumière solaire? Faut-il, avec Cameron, penser que l'action curative s'obtient en enlevant les ptomaïnes qui résultent de l'évolution du bacille dans le tubercule, accumulées dans le liquide ascitique, et dont l'absorption favorise la propagation de la maladie dans d'autres organes?

Ou bien, faut-il accepter, avec le plus grand nombre des auteurs, que la laparotomie favorise seulement la régression et la

transformation fibreuse du tubercule, produisant ces adhérences rétractiles qui étouffent les granulations tuberculeuses, qui deviennent alors fibreuses et inertes, constituant ce que Cruveilher a appelé *tubercule de guérison*? Ce ne sont là pour l'instant que des hypothèses.

Un autre point de cette observation m'a paru intéressant : l'ovaire gauche était kystique, recouvert lui aussi des granulations tuberculeuses trouvées sur le péritoine. La trompe gauche avait son volume normal. Quoi qu'il en soit, cette lésion de l'ovaire ne serait-elle pas la lésion primitive? et ne me serais-je pas trouvé en présence d'un cas de péritonite tuberculeuse généralisée, dont le point de départ a été génital?

Les éléments fournis par l'observation ne me permettent pas de résoudre la question; il eût été intéressant d'avoir à ce sujet des renseignements complémentaires qu'il m'a été de toute impossibilité d'obtenir.

Cette observation contient donc deux documents que j'ai cru intéressant de signaler à l'attention du Congrès de chirurgie :

1° La laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ascitique peut donner chez l'adulte des résultats satisfaisants bien que de courte durée;

2° Les lésions de l'ovaire gauche plaident en faveur du début génital de la péritonite tuberculeuse généralisée observée chez cette malade.

Péritonite tuberculeuse généralisée. — Laparotomie. — Guérison.

Par le Dr L. Picqué, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Depuis quelques années, les cas de guérisons de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie se sont multipliés.

Sans s'attarder à rechercher le mécanisme encore bien obscur de la question, je crois qu'il est intéressant de publier tous les cas qui s'offrent à notre observation. C'est pourquoi j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation l'observation suivante.

Observation. — Mlle Z., couturière, vingt-sept ans, m'est adressée à l'hôpital Lariboisière par mes excellents confrères, les Drs Gay et Castro de Méru.

Née d'une mère morte de pleurésie, elle a eu dans sa jeunesse plusieurs bronchites suspectes. C'est au mois d'avril 1892 que son ventre a commencé à grossir : depuis lors la malade a notablement maigri, des phénomènes dyspeptiques ont apparu. C'est dans ces conditions que je l'ai reçue à l'hôpital. A son entrée, l'état général est mauvais, l'amaigrisse-

ment est extrême, troubles dyspeptiques intenses. La malade tousse, et l'auscultation permet de constater de la rudesse respiratoire aux sommets, sans cavernes. Le ventre est volumineux et régulièrement distendu, mat dans toute son étendue, peu douloureux à la palpation. La fluctuation est évidente partout : il n'y a aucune trace de tumeur solide à la palpation.

La laparotomie, acceptée par la malade, est pratiquée le 25 août.

L'incision est faite selon les règles ordinaires; il s'écoule environ 2 litres de liquide citrin. Le péritoine pariétal est très épaissi, d'environ 1 centimètre; sa surface est chagrinée.

Toutes les anses intestinales sont réunies en masses par des adhérences impossibles à détacher : leur surface est recouverte d'un semis miliaire des plus nets.

Lavage du péritoine à l'eau bouillie : une éponge imbibée de naphtol camphré est ensuite promenée sur toute la surface du péritoine et des anses d'intestin.

Réunion sans drainage.

Les suites ont été très bénignes; au bout de quinze jours la malade quittait l'hôpital.

Le résultat thérapeutique a été le suivant :

L'ascite ne s'est pas reproduite.

L'état général s'est de suite amélioré après l'opération. Les fonctions digestives se sont rétablies de suite.

La malade a beaucoup engraissé; ses forces sont revenues : elle a pu reprendre ses travaux de couturière. Quand je l'ai vue pour la dernière fois, en janvier 1893, le résultat ne s'était pas démenti et son état général était excellent sous tous les rapports.

Du traitement des abcès froids,

Par le Dr Calot, de Berck-sur-Mer.

La cure radicale des abcès froids les plus anciens et les plus volumineux — pourvu qu'ils soient accessibles — peut être obtenue en huit jours, à l'aide d'une intervention sanglante qui, après avoir supprimé la totalité des tissus malades, recherchera la réunion immédiate.

Ne pas la rechercher, c'est courir au-devant d'une récidive presque certaine ou d'une fistule interminable.

La réunion immédiate ne s'obtiendra qu'aux trois conditions suivantes :

La première, c'est que les tissus affrontés aient une vitalité suffisante. Il ne suffit donc pas dans tous les cas d'enlever la paroi de l'abcès froid; il sera parfois nécessaire d'aller plus profondé-

ment, de tailler jusque dans les chairs afin d'obtenir sur tous les points une surface saignante et bien avivée.

La deuxième condition du succès, c'est de supprimer tout drainage. Le drain rend presque fatale la réinoculation des tissus; il laisse même, lorsqu'il est aseptique, des fistules qui durent indéfiniment.

Enfin la troisième condition à remplir, c'est d'assurer bien exactement l'affrontement des tissus par des sutures superficielles qui ne laissent pas entre les parois accolées la plus petite lacune, et par une compression énergique et méthodique.

L'ancienneté et l'étendue de la collection sont plutôt des indications de cette méthode de traitement. Nous avons guéri ainsi en huit jours un abcès froid d'une contenance de plus de trois litres que nous traitions inutilement depuis près de deux ans par tous les autres moyens.

Ce traitement ne s'adresse pas seulement aux abcès froids idiopathiques. Un très grand nombre d'abcès par congestion, sinon le plus grand nombre, sont justiciables de cette thérapeutique.

Topographie cranio-cérébrale,

Par le Dr Clado (de Paris).

Il serait superflu d'insister sur l'importance des rapports topographiques que présentent dans leur superposition la surface extérieure du crâne et l'écorce cérébrale. Leur détermination intéresse la physiologie comme l'anatomie, l'anthropologie comme la neuro-pathologie; elle est indispensable au chirurgien.

Sans m'étendre sur l'historique de la question, je rappellerai seulement que les premières tentatives sérieuses de topographie cranio-cérébrale ont été inspirées par l'observation de symptômes cliniques en correspondance constante avec certaines lésions, précisément localisées, affectant la substance nerveuse. On sait le parti que Dupuytren et surtout Broca ont su tirer de ces notions. Je ne ferai que mentionner les beaux travaux de Heftler et ceux de Féré, qui ont réalisé (avec une exactitude vérifiée par tous les anatomistes depuis Turner jusqu'à Poirier) la projection géométrique, sur la boîte osseuse, de toutes les particularités de la surface et même de la profondeur du cerveau.

Depuis, un grand nombre d'observateurs se sont ingéniés à déterminer sur le vivant un système de points de repère et de lignes diversement mesurées, destiné à renseigner approximati-

vement le chirurgien sur la position des régions cérébrales qu'il peut se proposer d'atteindre.

De là une série de procédés, plus ou moins exacts, plus ou moins compliqués, dont l'emploi soulève plusieurs objections.

D'abord, les meilleurs d'entre eux ne laissent pas d'être assez incommodes à appliquer, cliniquement au moins, soit qu'ils exigent un matériel spécial (équerre flexible, cyrtomètre, craniomètre, etc.), soit que la recherche des points de repère et le tracé des lignes deviennent difficiles sur le malade, lorsque le gonflement, un hématome, etc., ont déformé la surface cutanée.

Il est surtout un reproche général qu'on peut adresser à ces procédés, même aux plus pratiques, c'est de comporter l'usage de mesures fixes, de nombres constants de centimètres, alors qu'au contraire les proportions du crâne sont essentiellement variables d'un individu à l'autre, et chez le même sujet aux différents âges. Porter à partir d'un même point une longueur identique, chez le brachycéphale comme chez le dolichocéphale, sur une tête d'adulte comme sur celle d'un enfant, c'est évidemment se résigner à une exactitude très relative dans la détermination des particularités cérébrales sous-jacentes.

Ce désaccord et les incertitudes qu'il entraîne m'ont engagé à faire quelques recherches de topographie cranio-cérébrale, en m'astreignant à n'effectuer mes mesures qu'à l'aide d'unités prises sur le crâne même, c'est-à-dire susceptibles de varier proportionnellement avec les dimensions individuelles.

J'ai ainsi été conduit à l'adoption d'un procédé simple, rapide, fondé sur le choix de points de repère faciles à trouver, et qui n'exige l'emploi d'aucun instrument spécial, pas même du ruban métrique. J'ajoute que, par le procédé des fiches, j'ai pu en vérifier la précision presque mathématique sur nombre de crânes de toute forme et de tout âge, à partir de six ou sept ans.

Une première expérience m'a mis sur la voie pour déterminer la ligne fondamentale, celle que j'appellerai la *ligne clé* de la méthode. En abattant par deux traits de scie une moitié de la calotte cranienne, celle de gauche par exemple, depuis la ligne naso-inienne jusqu'au niveau de la base du cerveau proprement dit, un rapport important frappe tout d'abord. Un peu en arrière du milieu de la distance qui sépare l'angle du nez de l'inion, se trouve le point qui correspond à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando. Si de ce point on se dirige, par le plus court chemin, vers le sommet de l'angle de l'os malaire, le long de l'arc de grand cercle de la sphère cranienne ainsi tracé on trouve successivement : toute la scissure de Rolando, le pli de passage réunissant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes,

l'origine de la scissure de Sylvius et par conséquent la partie des circonvolutions qui la limitent, enfin l'extrémité antérieure du lobe temporal.

Grâce à cette ligne clé, il devient facile non seulement de délimiter les lobes cérébraux, mais encore de déterminer la position des principales scissures et circonvolutions, et même des divers centres psycho-moteurs. Mais pour le montrer je dois d'abord

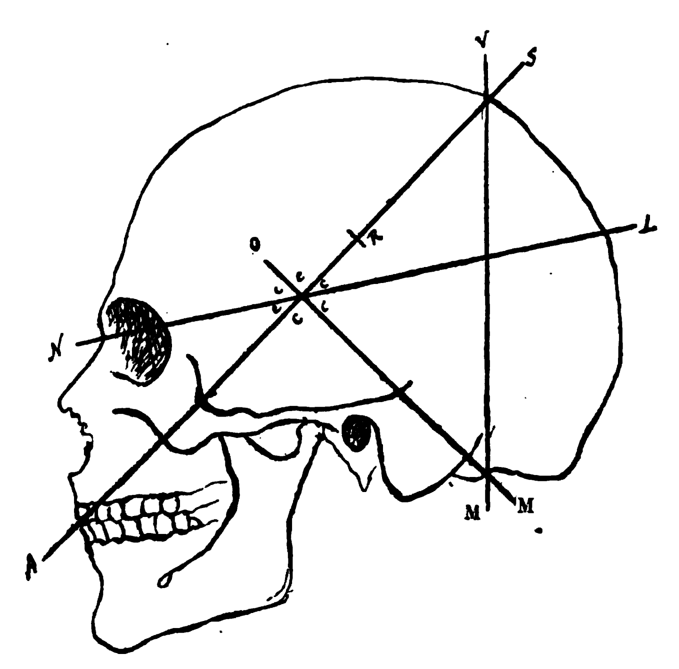


Fig. 23. — AS. *Ligne clé.* — CCCCCC. *Carrefour sylvien*, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la ligne clé. — NL. *Ligne naso-lambdoïdienne*, passant par le carrefour sylvien. — MV. *Ligne rétro-mastoïdienne verticale.* — MO. *Ligne rétro-mastoïdienne oblique.* — RS. *Scissure de Rolando.* — CL. *Scissure de Sylvius.*

donner la description du système de repères et de lignes constituant mon procédé.

Repères et tracé. — Sur le vivant comme sur le cadavre, quelles que soient les lésions des parties molles, il est au moins quatre points osseux qu'on retrouvera toujours aisément :

La *saillie inienne*,

Le *bord postérieur de l'apophyse mastoïde*,

L'*angle sous-glabellaire*, ou racine du nez,

L'*angle temporo-zygomatique*, que forme l'arcade zygomatique avec le bord postérieur de l'os malaire.

A ces points de repère, saillies sensibles, nous en ajouterons un cinquième qui s'obtient par construction, en mesurant sur

la ligne sagittale depuis l'angle sous-glabellaire, la moitié de la longueur naso-inienne, plus un travers de doigt. C'est encore le meilleur procédé qu'aient trouvé les anatomistes (Thane, Horsley, etc.) pour déterminer l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando.

En joignant ce point, qu'on peut appeler *Rolando-sagittal*, au sommet de l'angle de l'os malaire (facile à trouver en se guidant sur l'arcade zygomatique) on obtient la *ligne clé* dont j'ai signalé déjà l'importance.

Il est sur cette ligne, à l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, un point particulièrement intéressant en raison, on le verra, des intersections qui s'y produisent. Je dirai de suite qu'en y plantant une aiguille, elle atteindra la surface cérébrale exactement dans la vallée sylvienne, par conséquent sur le lobule de l'insula de Reil. Je donnerai à ce point le nom de *carrefour sylvien*.

Si l'on joint le point *sous-glabellaire* au *carrefour sylvien*, et qu'on prolonge l'arc de grand cercle au delà, on obtient (en projection plane) une ligne légèrement oblique en haut, qui va passer un peu au-dessus du lambda.

Cette ligne n'est autre que celle que M. Poirier a tracée, par un autre procédé, il est vrai, et dont il a le premier fait ressortir l'importance. Il lui a donné le nom de *ligne naso-lambdoïdienne*. Je l'appellerai plus simplement : *ligne de Poirier*.

Nous obtiendrons une troisième ligne en partant de la partie postérieure de la base de l'apophyse mastoïde pour nous diriger sur le carrefour sylvien et continuer au delà. Nous la nommerons *rétro-mastoïdienne oblique*, par opposition à la dernière ligne de notre réseau.

Celle-ci s'élèvera du même point derrière l'apophyse mastoïde pour aller rejoindre par le plus court chemin le point Rolando-sagittal. Elle correspond sensiblement à la ligne verticalement élevée derrière l'apophyse mastoïde par plusieurs auteurs (Bergmann, Hœckel, etc.), dans le but de déterminer l'extrémité supérieure de la scissure rolandique. Nous l'appellerons *ligne rétro-mastoïdienne verticale*.

En résumé, les quatre saillies osseuses nous permettent de tracer sur le crâne un système de cinq lignes :

1° *La ligne clé;*

2° *La ligne naso-inienne;*

3° *La ligne de Poirier;*

4° *La rétro-mastoïdienne oblique;*

5° *La rétro-mastoïdienne verticale.*

Lobes cérébraux. — Il reste à montrer maintenant comment on peut, à l'aide de ces lignes, reconstituer toute la topographie cérébrale.

D'abord la ligne de Poirier et la ligne clé suffisent par leur intersection à délimiter les lobes du cerveau :

Le lobe frontal, dans l'angle obtus supérieur; le lobe pariétal, dans l'angle aigu postérieur; le lobe temporo-occipital, dans l'angle obtus inférieur; la verticale rétro-mastoïdienne indiquant

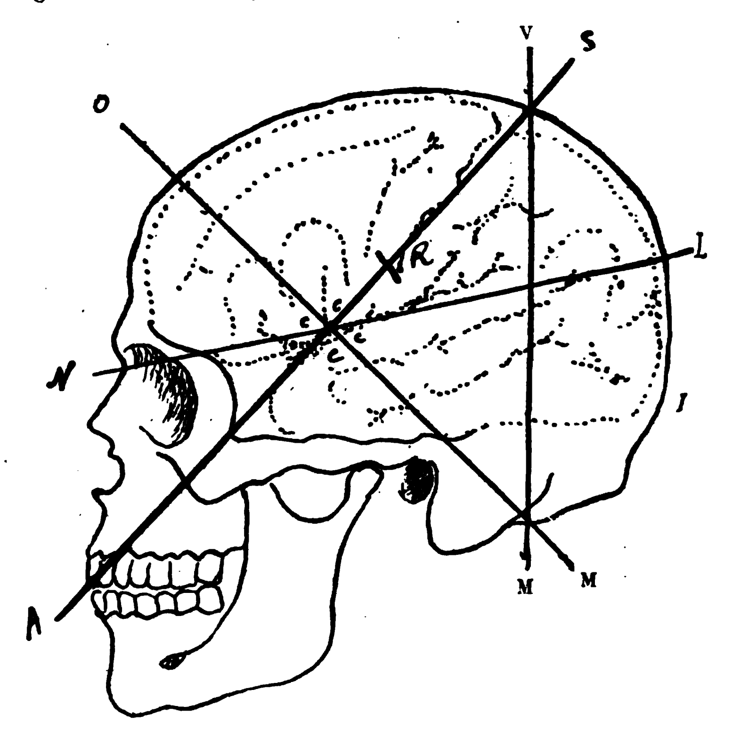


Fig. 24. — AS. *Ligne clé.* — C. *Carrefour sylvien.* — NL. *Ligne de Poirier.* — MV. *Rétro-mastoïdienne verticale.* — MO. *Ligne rétro-mastoïdienne oblique,* coupant le lobule de Broca. — RS. *Scissure de Rolando.* — CL. *Scissure de Sylvius.* — I. *Inion.*

la division en deux parties, temporale et occipitale, de ce dernier lobe.

Scissure de Rolando. — La scissure de Rolando part, nous l'avons vu, du point Rolando-sagittal, et suit la direction de la ligne de clé. Son extrémité inférieure se trouve à un travers de doigt au-dessous du tiers supérieur de cette ligne.

Scissure de Sylvius. — La scissure de Sylvius a pour direction générale celle de la ligne joignant le point glabellaire au carrefour sylvien et prolongée au delà. Elle est sensiblement repré-

sentée sur le crâne par la portion de cette ligne comprise entre le carrefour et la verticale rétro-mastoïdienne.

La courte scissure séparant en arrière le lobe pariétal du lobe occipital se trouve à l'extrémité postérieure de la même ligne sylvienne.

Circonvolutions et centres psycho-moteurs. — Le long de la ligne clé, on trouve les deux circonvolutions ascendantes, frontale en avant et pariétale en arrière. Dans son tiers supérieur, cette ligne traverse le centre correspondant au *membre inférieur*; elle passe en son tiers moyen derrière le centre du *membre supérieur*, et va se terminer dans le centre du *mouvement de la face*. Au devant des trois tronçons se trouvent étagés les 1re, 2e et 3e circonvolutions frontales, la seconde portant vers son pied le centre de la mémoire des mouvements d'écriture (*agraphie*), un peu en avant du centre du membre supérieur.

Au-dessous de la scissure rolandique, la ligne clé traverse le pli unissant les deux circonvolutions ascendantes, c'est-à-dire, avec le centre des *mouvements de la face*, celui *de la langue* et *de l'hypoglosse*.

Devant la partie inférieure de notre ligne, se trouvent les circonvolutions limitantes, c'est-à-dire le lobule de Broca (*aphasie motrice*), l'extrémité antérieure de la *première temporale*, et, plus profondément, le lobule du corps strié ou *Insula de Reil*. C'est donc avec raison que j'ai appelé *carrefour sylvien* l'intersection de la ligne clé et de celle de Poirier.

Le long de cette dernière, nous trouvons, du carrefour à la verticale rétro-mastoïdienne, la scissure de Sylvius, bordée en haut par la seconde circonvolution pariétale (lobule pariétal inférieur, centre de la *cécité verbale*), en bas par la première temporale, dont les deux tiers postérieurs sont occupés par le centre de la *surdité verbale*. Au delà de la verticale rétro-mastoïdienne, la ligne nasolambdoïdienne traverse la région du *pli courbe*, pour aller atteindre le *centre visuel*, près de la scissure pariéto-occipitale.

La ligne rétro-mastoïdienne verticale coupe la partie postérieure de la scissure parallèle et effleure la scissure de Sylvius. Elle passe par conséquent sur le *lobule du pli courbe* placé entre ces deux sillons.

Enfin la ligne rétro-mastoïdienne oblique, prolongée au-dessus du carrefour, va couper le lobule de Broca, en passant précisément par le cap de ce lobule.

Les centres les plus importants se trouvent ainsi parfaitement déterminés. Il est pratiquement inutile de pousser le détail plus loin.

Je terminerai en insistant sur la nécessité de contrôler la déter-

mination du point de repère Rolando-sagittal, le seul qui ne corresponde pas à une saillie osseuse. Il est fourni, nous l'avons vu, par la mesure de la moitié plus un travers de doigt de la longueur naso inienne. On l'obtient encore en élevant la verticale rétro-mastoïdienne. Mais si un épanchement, une déformation quelconque des parties rendait incertaines ces opérations, c'est encore à la ligne clé qu'il faudrait recourir.

Prolongée au-dessous de la pommette, elle vient passer, en effet, par l'incisive médiane. Il suffira donc de tracer un arc allant de cette incisive à l'angle temporo-zygomatique et se continuant au-dessus, pour contrôler sur la ligne sagittale la position du point rolandique supérieur. On voit que la seule ligne clé permettrait, à la rigueur, la reconstitution de tout le tracé.

M. Picqué fait observer qu'à l'heure actuelle cette question de la topographie cranio-cérébrale a perdu un peu de son importance, depuis qu'on a admis la nécessité et l'innocuité des grandes brèches craniennes.

Prothèse du maxillaire inférieur (*Résumé*),

Par le Dr Gangolphe (de Lyon).

L'auteur rapporte un cas de résection du maxillaire inférieur pour sarcome à myéloplaxes, dans lequel il a employé avec avantage l'appareil prothétique en caoutchouc durci qu'il a présenté au précédent congrès de chirurgie.

Canule hypogastrique pour cystotomie (*Résumé*),

Par le Dr Gangolphe (de Lyon).

L'auteur présente une canule d'ivoire et d'argent destinée aux malades chez lesquels on a pratiqué une fistule vésicale hypogastrique permanente. A cette canule est adapté un petit système d'appel d'air qui fait que l'urine passe exclusivement par la lumière de la canule et ne s'infiltre pas entre celle-ci et les bords de la fistule, ce qui est le grand inconvénient des canules ordinaires. Ainsi modifiée, cette canule a très bien fonctionné chez un malade et lui a rendu son infirmité très supportable.

Le sein hystérique et les tumeurs hystériques de la mamelle,

Par le Dr GILLES DE LA TOURETTE (de Paris).

Les manifestations de l'hystérie sur la glande mammaire sont depuis longtemps connues. Il en existe deux variétés principales : dans certains cas, on trouve dans le sein une tuméfaction diffuse, étendue, d'autres fois il y a une tumeur localisée. En général, il existe une hyperesthésie superficielle très marquée : le frôlement seul est insupportable et douloureux, et ce signe est presque caractéristique. Cette zone d'hyperesthésie peut devenir hystérogène; la pression détermine alors une grande attaque.

L'œdème qui se forme au niveau de la tuméfaction peut déterminer des ulcérations, et, dans ces conditions, l'analogie des tumeurs avec les néoplasmes malins est si grande que certaines malades ont été opérées.

Pour ce qui concerne le traitement, il n'y a pas à faire de compression, car ce moyen ne réussit pas; seul le traitement de l'hystérie amène la guérison.

Étranglement du rein mobile,

Par le Dr ALBARRAN, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

J'ai opéré une jeune fille qui, depuis douze ans, souffrait d'accidents dus à un rein mobile; les crises douloureuses, durant parfois plusieurs jours, coïncidaient avec les règles. A plusieurs reprises de graves accidents d'étranglement rénal m'obligèrent à réduire le rein après chloroformisation de la malade; en octobre dernier, après une crise qui se prolongea pendant quinze jours, le rein étant devenu irréductible et l'état général très précaire (la malade avait des vomissements continuels et des syncopes répétées), je me décidai à opérer en pleine crise.

Je trouvai le rein en *rétroversion*, l'extrémité supérieure ayant basculé en arrière et l'inférieure en avant; l'organe était augmenté de volume, mais il fut aisé de le réduire et d'évacuer ainsi par l'uretère la petite quantité d'urine qui le distendait : le rein fut ensuite fixé par la néphrorrhaphie d'après le procédé de M. Guyon. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade est restée absolument guérie : en cinq mois elle a engraissé de 15 kilos et toute douleur a disparu.

Je ferai remarquer qu'au point de vue pathogénique, cette observation est absolument concluante, en démontrant que cer-

tains étranglements rénaux sont dus à l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère : cette théorie ne reposait encore sur aucune constatation directe. J'insiste également sur la variété curieuse de déplacement rénal, la rétroversion, que l'opération m'a fait observer.

Je ne saurais trop m'élever contre la doctrine courante du laisser faire dans les accès d'étranglement rénal, et je pense avec M. Guyon que l'on doit essayer le taxis du rein. Le malade sera placé dans la position inclinée de Morand-Trendelenburg et l'on essayera la réduction du rein par des manœuvres douces; au besoin on donnera du chloroforme, et si malgré la réduction les phénomènes s'aggravent, on aura recours à l'intervention opératoire, dont je résume ainsi les indications : néphrorrhaphie si le rein est sain et réductible, néphrotomie lors d'hydronéphrose permanente ou encore si le rein est infecté. Très rarement la néphrectomie primitive pourrait être pratiquée si l'on était sûr que le rein du côté opposé fût sain, si le rein malade était très altéré et si en même temps l'état général permettait une opération de cette importance.

M. Jeannel. — Trois malades que j'ai opérées pour des crises douloureuses analogues ont parfaitement guéri.

M. Malécot. — Je citerai en quelques mots un fait qui démontre, à l'appui de l'opinion de M. Albarran, que la *fixation du rein* mobile, faite en cas d'étranglement rénal, supprime la douleur et rétablit la santé générale. Une femme de trente ans souffrait depuis deux ans d'un prolapsus du rein droit qui provoquait des douleurs atroces entraînant une anémie marquée et un profond découragement. Avec l'aide de mes excellents amis les docteurs Coudray et Wickam, je pratiquai la néphrorrhaphie lombaire le 31 août dernier, d'après le procédé de mon maître, M. Guyon. Le rein très mobile, de volume normal, se trouvait près de la fosse iliaque et se présentait par son bord convexe. Je le ramenai facilement dans sa loge et la guérison se fit rapidement. Cinq semaines plus tard, cette femme avait engraissé de six livres, faisait de longues courses à pied et reprenait son métier de femme de ménage.

M. Picqué. — J'ai été vivement frappé de la très intéressante communication de M. Albarran. La néphropexie est une opération qui inspire encore actuellement autant de répugnance aux médecins qu'aux malades. Il est donc indispensable d'en bien préciser les indications et c'est à ce titre que la communication de

notre collègue présente un réel intérêt. Il est des circonstances rares où, à n'en pas douter, le déplacement du rein provoque des altérations passagères dont la caractéristique anatomique, faute d'autopsie, n'est pas connue exactement, mais que M. Albarran désigne heureusement sous le nom d'étranglement et qui se rapprochent probablement de l'hydronéphose intermittente magistralement décrite par le professeur Terrier et Baudouin dans un récent mémoire de la *Revue de chirurgie*. J'ai eu moi-même l'occasion d'intervenir récemment dans un cas analogue chez une dame âgée de cinquante-cinq ans, qui, outre les symptômes dyspeptiques qu'elle accusait comme chez la malade de M. Albarran, offrait de temps à autre des crises très douloureuses d'anurie passagère.

Elle avait porté inutilement pendant six mois une ceinture avec pelote de soutien et c'est pourquoi je lui proposai d'emblée l'intervention qu'elle accepta. Je ne puis encore rien dire du résultat définitif (l'opération ne remonte qu'à quinze jours), mais l'anurie et les douleurs ne se sont pas reproduites depuis l'opération; de plus les fonctions digestives se sont favorablement modifiées. J'ajouterai enfin que cette opération, qu'on ne doit pratiquer que dans des conditions exceptionnelles et après avoir fait un essai prolongé des ceintures appropriées, présente une grande bénignité et se fait avec rapidité : quinze minutes à peine m'ont suffi pour fixer le rein chez ma dernière malade.

M. Lavaux. — Je ne crois pas que l'on doive pratiquer la néphorrhaphie aussi souvent que le propose M. Albarran. Les résultats *éloignés* de cette opération, ainsi que je l'ai constaté dans le service de mon maître M. Péan, sont souvent médiocres. Il faut suivre les malades pendant plusieurs années et non pendant quelques mois seulement pour se rendre compte de la valeur réelle de cette opération.

Complications graves de la tourniole,

Par le Dr J. Huguet, Médecin aide-major de 1re classe, attaché à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Les complications graves de la tourniole sont bien connues, et l'on sait parfaitement aujourd'hui que cette affection, si banale en apparence, peut devenir le point de départ d'accidents redoutables.

La tourniole n'est dangereuse que parce qu'elle constitue une porte d'entrée largement ouverte aux infections microbiennes.

C'est pourquoi, quand on constate des abcès, des phlegmons de la main, des lymphangites plus ou moins étendues du membre supérieur et dont l'origine paraît peu nette, l'idée première qui vient au chirurgien est de rechercher si quelque tourniole n'a pas été le foyer de pénétration des agents infectieux. La médecine expérimentale a pu depuis longtemps reproduire sur les animaux les lésions que nous constatons chez l'homme : ne fait-on pas de véritables tournioles quand on va, dans la pratique des inoculations, déposer sous l'épiderme un agent virulent quelconque qui, après avoir déterminé des accidents inflammatoires locaux, se répand dans l'organisme pour reproduire des troubles d'intensité variable?

Une des complications les plus ordinaires de la tourniole consiste dans sa transformation en panaris profond. Mais faut-il pour cela que les praticiens redoutent moins la tourniole simple? Non, et les deux cas que nous allons très brièvement relater sont à cet égard tout à fait concluants.

En l'année 1890, le cavalier E. V., robuste garçon de vingt-deux ans, se fait à la face dorsale du pouce gauche, au niveau de la région péri-unguéale, une légère éraflure avec l'ardillon d'une boucle d'étrivière. Cette éraflure n'ayant même pas saigné, le cavalier E. V. n'y fait pas attention; deux jours après, survient à cet endroit une tourniole pour laquelle il se présente à la visite. La phlyctène est excisée; pansement à l'eau phéniquée; mais comme le jeune homme se plaint de mal à la tête et dit avoir ressenti un léger frisson, il est envoyé à l'hôpital du Gros-Caillou. Le lendemain de son entrée (4e jour de l'invasion), l'état local est satisfaisant, le doigt peu douloureux, mais on constate une traînée de lymphangite remontant à peu près à la partie moyenne du bras; puis simultanément fièvre intense (40°), frissons répétés, anorexie, légère diarrhée. Le jour suivant, le doigt est un peu œdématié, deux incisions sont pratiquées sur les parties latérales du pouce; elles permettent de constater que les couches sous-cutanées et profondes sont en bon état et ne participent pas activement au processus morbide. Les jours suivants, l'état général va en s'aggravant; la température arrive le soir jusqu'à 41°,3; le matin, elle reste à 39°. Puis bientôt, facies terreux, yeux excavés, langue noirâtre, vomissements répétés que rien ne peut arrêter (eau de Seltz, glace, potion de Rivière), ventre rétracté en bateau, diarrhée fétide, sueurs profuses. Au sixième jour de l'entrée du blessé à l'hôpital, exacerbation des phénomènes généraux, les vomissements cessent pour faire place à un hoquet permanent, la température baisse brusquement à 36°,2, l'hypothermie se confirme et le malade meurt le matin du septième jour (10 jours après la blessure), avec tous les symptômes d'une septicémie aiguë. L'autopsie, pour des raisons de famille, ne put malheureusement être pratiquée.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter dans cette observation, c'est

que la tourniole cause première de tous les accidents est jusqu'au bout restée une tourniole et rien de plus.

Dans le cas dont nous venons de résumer l'histoire, à part la traînée de lymphangite dont l'apparition avait été très rapide, aucun autre trouble à noter du côté du membre supérieur : pas de véritable douleur, plutôt une sensation de gêne, de pesanteur, pas d'œdème; pas de ganglions notables dans l'aisselle, seule la masse ganglionnaire épitrochléenne était assez volumineuse mais de consistance dure au palper; aucune zone de fluctuation, aucune rougeur œdémateuse apparente, semblant indiquer un foyer de suppuration en voie de formation.

Un autre cas observé tout récemment nous a mis à même de constater non seulement que la tourniole peut s'accompagner de phénomènes infectieux, mais encore qu'elle est susceptible de devenir localement le siège de complications graves. En effet, de ce deuxième cas, si intéressant d'ailleurs par la concomitance des faits pathologiques, nous pouvons tirer des conclusions multiples que nous allons formuler à l'avance, et qui sont les suivantes :

1° Une simple tourniole a pu déterminer des accidents généraux qui ont failli causer la mort; ce qui vient à l'appui de notre première observation.

2° L'affection si bénigne en apparence s'est compliquée de gangrène de la moitié d'un doigt et le processus gangreneux a été extrêmement rapide.

3° Une tourniole gangreneuse peut affecter la forme sèche, c'est celle que nous avons constatée chez notre blessé.

Voici d'ailleurs les faits les plus saillants de notre observation :

M. P. C., âgé d'une vingtaine d'années, est assez robuste, quoique un peu grêle. Le 27 janvier dernier, il se pique avec une épingle au niveau de la région péri-unguéale du médius gauche. La piqûre très légère n'a pas donné une seule goutte de sang. Le jeune homme ne s'en préoccupe pas davantage; mais, dans l'après-midi, au moment de l'exercice, il sent son doigt un peu raidi et douloureux. Les choses restent ainsi jusqu'au 29 au matin, date à laquelle une petite tourniole s'étant développée à l'endroit de la piqûre, le médecin de service fait une incision par où s'écoule une petite quantité de sérosité grumeleuse. Traitement : bains phéniqués de tout le membre supérieur; dans l'intervalle, pansement à l'iodoforme et compresses phéniquées à 3 0/0. Comme potion, 2 grammes de chloral.

Le blessé est envoyé le 31 janvier à l'infirmerie-hôpital, dans le service de M. le médecin principal Benoit. Le même traitement est continué. La pellicule de la tourniole, largement incisée, est macérée par un pansement humide et enlevée avec une pince; l'extrémité digitale a bon aspect; malgré tout, l'état général devient plus mauvais, et l'explication de ce

fait est donnée le 2 février au matin. On constate en effet que le doigt est très tuméfié non à son extrémité, mais à 6 centimètres en arrière et la palpation révèle l'existence d'un petit abcès à distance qui s'est développé dans le voisinage de l'articulation de la première et de la deuxième phalange à la région dorsale. L'abcès est incisé, le malade se trouve soulagé. Température du soir : 39°,4. Comme traitement interne outre le chloral, 2 grammes de salol par jour sont prescrits, vin de Banyuls, et café. Le 3 février, l'état local de la piqûre, resté jusque-là stationnaire, se modifie, les tissus prennent une teinte noirâtre, le bout du doigt n'a qu'une sensibilité obtuse, et avec une très légère traction l'ongle, de couleur bleuâtre, est avulsé. Le ganglion épitrochléen est dur, un peu volumineux; il n'y a aucune trace de lymphangite superficielle. Comme pansement, l'embaumement du doigt est pratiqué avec de la vaseline iodoformée.

Le 4 février, le blessé se plaint de souffrir davantage au niveau de la racine du doigt; la palpation permet de constater une petite collection du côté interne du doigt en arrière et en dedans du premier abcès à distance qui avait été incisé le 2 février. Nous profitons de ce que le pansement a été défait pour examiner soigneusement la portion antérieure du doigt; la teinte noirâtre des tissus s'est accentuée; ces tissus eux-mêmes amincis, fusionnés, desséchés, constituent une extrémité digitale rétractée dont la momification est presque complète et l'insensibilité absolue. La mortification va, comme étendue, de l'extrémité digitale jusqu'à la partie moyenne du corps de la deuxième phalange et à ce niveau les tissus sains sont limités par un sillon d'élimination circulaire. L'état général est mauvais, le facies légèrement terreux, la langue fuligineuse; un peu d'affaissement, de somnolence. Le soir la température est de 38°,8.

Le 5 février, un petit abcès se développe, cette fois du côté externe du doigt à peu près au même niveau que le précédent. Pour nous résumer, nous ferons remarquer que ces petites collections ont eu, sur le doigt atteint, leur évolution individuelle, et n'ont paru que successivement : la première à la face supérieure, la deuxième en dedans, la troisième en dehors. A la suite de l'incision de ce troisième abcès, tous les phénomènes se sont amendés, le ganglion épitrochléen n'est plus tuméfié, le blessé ne souffre de nulle part. L'état général s'est amélioré; c'est le 12 février seulement que le sillon d'élimination est bien détergé. Les parties molles ambiantes ont bon aspect et commencent à bourgeonner franchement. La ligne de démarcation des parties saines et de la zone mortifiée étant bien nette et définitive, l'intervention est jugée nécessaire et, à l'aide du coupe-net, la phalangine est sectionnée au niveau de sa partie moyenne. Pansement consécutif approprié.

Nous sommes certains que cette gangrène n'a été causée ni même favorisée par aucun agent caustique. Tous les pansements ont été faits avec de l'eau phéniquée à 3 0/0 et les bains préparés avec une solution au 1 0/0. Étant données ces proportions relativement faibles des solutions employées, il est évident que cette gangrène ne doit et ne peut être imputée qu'à une évolution toute particulière du processus morbide.

Depuis l'intervention, l'état général du blessé s'est rapidement modifié, le sommeil et l'appétit sont parfaitement revenus. Au point de vue local, la cicatrisation a progressé lentement, mais d'une façon régulière; la guérison est actuellement un fait accompli.

Il nous reste à rappeler que le blessé, chez lequel a évolué cette tourniole gangreneuse, était d'une très bonne santé habituelle. M. le Dr Blum, dans son *Traité de la chirurgie de la main*, dit, à propos du panaris gangreneux : « Ce panaris se rencontre ordinairement sur des sujets atteints d'une affection chronique, sur les diabétiques, les albuminuriques. Il peut cependant, dit-il, s'observer, ainsi que j'en ai vu récemment un exemple, sur des personnes absolument saines. »

Le cas par nous observé vient donc confirmer de tous points les réserves formulées par M. Blum.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose vésicale,

Par le Dr E. Vigneron (de Marseille).

Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours des années 1891 et 1892, dans le service de notre maître, M. le professeur Guyon, un assez grand nombre de tuberculoses vésicales. La plupart d'entre elles ont été traitées, avec un résultat d'ailleurs satisfaisant, par les instillations au sublimé. 8 cas, où presque toujours le sublimé avait échoué, ont donné lieu à des interventions. C'est de ces derniers que j'entretiendrai le Congrès. De ces 8 malades, 2 ont subi le curettage de la vessie pratiqué par l'urètre. Ils n'ont retiré de cette opération aucun bénéfice, même quand elle a été pratiquée à deux reprises différentes, comme chez une des 2 malades. Les douleurs et la fréquence de la miction n'ont subi aucune modification appréciable et les lésions ont continué à évoluer, au moins aussi rapidement qu'auparavant : une des malades a dû, en effet, subir ultérieurement un troisième curettage pratiqué cette fois par la voie abdominale; plus tard encore, toutes deux ont dû subir la néphrotomie pour leurs lésions rénales; toutes deux enfin sont mortes au bout de quelques mois. Ce procédé opératoire doit donc être rejeté complètement comme inefficace. Il n'est d'ailleurs praticable que chez la femme. De plus il est incomplet, presque forcément, et peut être dangereux. Il est incomplet en raison de l'impossibilité où l'on est de tendre les parois vésicales comme on tend celles de l'utérus, et de pouvoir,

à coup sûr, promener la curette sur toute la surface de la muqueuse. Il est dangereux comme le montre une des deux observations où, au troisième curettage, pratiqué par la voie hypogastrique, on trouve une ulcération profonde que la curette aurait pu transformer en une perforation en dépit des lésions de péricystite presque constantes.

7 malades ont subi une taille hypogastrique. A la suite, les lésions ont été, selon les cas, soit détruites avec la curette tranchante, soit excisées avec les ciseaux : on a de plus cherché à modifier les lésions tantôt par l'écouvillonnage à la gaze iodoformée, tantôt par des cautérisations au fer rouge ou au chlorure de zinc, tantôt enfin par le tamponnement vésical. Sur ces 7 interventions, deux fois, dans 2 cas qui nous ont été très obligeamment communiqués par notre excellent ami J. Albarran, la réunion de la vessie par première intention a été tentée. Elle a manqué chez un malade : la désunion s'est produite sur une étendue de 5 à 6 centimètres et une fistule hypogastrique a persisté pendant trois mois; elle s'est cicatrisée, puis s'est réouverte au bout de deux mois et demi, pour se cicatriser une seconde fois. Actuellement elle est fermée. Chez ce malade, dont les symptômes fonctionnels étaient relativement peu prononcés, en dépit de l'étendue des lésions, les douleurs et la fréquence de la miction sont restées sensiblement les mêmes; les hématuries seules ont complètement disparu. Actuellement son état est à peu près ce qu'il était en août 1892. Dans le second cas, la réunion était complète en quinze jours; les symptômes s'amendaient pendant quelque temps, mais l'amélioration ne se maintenait pas. Un phlegmon sus-pubien s'étant formé, devait être incisé, et laissait une fistule; quatre mois après l'intervention, l'opéré mourait chez lui des progrès de ses lésions urinaires.

Chez les 5 autres opérés, la vessie a été suturée à la plaie abdominale, des tubes siphons de Guyon-Perier sont restés en place le plus longtemps possible pour entretenir la fistule : ils ont plus tard été remplacés par une sonde à demeure. Dans tous ces cas, sauf un, le résultat immédiat a été assez satisfaisant. Les douleurs de la miction ont disparu de suite; les hématuries, quand elles existaient, ont cessé, l'état général s'est relevé. Quand la vessie a commencé à reprendre ses fonctions, la fréquence s'est trouvée un peu diminuée. Mais ces résultats n'ont guère persisté : dès que la fistule s'est cicatrisée, parfois même dès qu'elle a commencé à se rétrécir et que la vessie a repris ses fonctions, l'amélioration n'a pas tardé à disparaître, et peu à peu tous les symptômes ont réapparu aussi intenses ou à peu près, qu'avant l'intervention. De plus, dans 3 cas sur les 5, les lésions se sont rapidement propagées

à tout l'appareil urinaire, et la mort est survenue dans un espace de quelques mois. Quant aux 2 survivants, leur état reste très précaire et il est bien difficile de ne pas porter sur eux un pronostic très sombre pour un avenir prochain.

Le curettage par la voie hypogastrique, suivi de fistulisation de la vessie, a donc donné un résultat temporaire, palliatif, mais nullement curatif. Ce résultat est absolument celui fourni par la seule taille et par la simple fistulisation. Les tentatives de destruction des lésions ne semblent y avoir rien surajouté. Mais il faut noter quel était l'état de la vessie dans les cas opérés. Dans tous, les lésions tuberculeuses, pour n'être pas toujours très anciennes (le début variait de cinq mois à deux ans et demi) étaient du moins très étendues. Elles avaient envahi presque complètement la paroi vésicale postérieure; dans 3 cas, elles étaient secondaires à la tuberculose génitale; dans 4 cas au moins, le rein était déjà envahi, et dans 2 les poumons s'étaient pris. Les lésions étaient donc très graves dans toutes ces interventions. Dans de telles conditions, nous pensons que l'intervention sanglante n'est pas indiquée, au moins quand le chirurgien n'a pas la main forcée par l'intensité des douleurs vésicales, par la fréquence des mictions, ou par l'abondance et la répétition des hématuries. Nous pensons de plus que, même dans ces cas forcés, la taille hypogastrique et la fistulisation permanente de la vessie suffisent et que le curettage ou l'excision n'ajoutent rien au repos procuré au réservoir urinaire par son drainage.

Est-ce à dire que le curettage et l'excision doivent être complètement et dans tous les cas rejetés? Nous ne voudrions pas l'affirmer, connaissant des cas, entre autres un de Reverdin (de Genève), où l'amélioration s'est maintenue depuis six ans et qu'on peut presque considérer comme des guérisons. Seulement ces résultats répondent à des lésions parfois récentes, toujours primitives et encore limitées. C'est à ces cas qu'on devra s'adresser pour tenter la cure radicale de la tuberculose vésicale, et pour arriver à ces résultats, il est indispensable d'opérer tôt, c'est-à-dire de faire un diagnostic précoce et un diagnostic exact de l'état des lésions vésicales. Pour ce diagnostic, la durée de la maladie donne peu de renseignements : les lésions évoluent dans un temps trop variable. L'intensité des symptômes fonctionnels ne renseigne pas plus: une des observations communiquées par Albarran le prouve. Les symptômes étaient peu accusés et on pouvait croire à des lésions très peu étendues, alors qu'il en était tout autrement; mais ces lésions, qui étaient primitives, n'avaient pas envahi la région du col. Or de la lecture de nombreuses observations de tuberculose vésicale il nous semble démontré que ce fait n'est pas isolé.

Dans de nombreux cas où la tuberculose n'était pas secondaire à la tuberculose de la prostate ou des vésicules, les lésions semblaient avoir débuté en un point quelconque de la vessie, et non plus au col, comme dans la tuberculose génito-urinaire, ni au voisinage des uretères, comme dans la tuberculose descendante. De plus, les symptômes étaient relativement minimes. Il importe donc de rechercher ces cas et de les reconnaître tôt, puisque ce sont ceux où l'intervention précoce aura chance de réussir. Or le seul moyen de s'assurer de l'étendue et du siège précis des lésions, est d'avoir recours à l'examen cystoscopique. Nous l'avons pratiqué un grand nombre de fois, et pouvons en affirmer la valeur. Dans l'observation d'Albarran, il a d'ailleurs été pratiqué; l'étendue des lésions a été reconnue, ainsi que leur absence au voisinage du col, et si l'intervention a eu lieu quand même, c'est que le malade, à qui on en avait parlé avant l'examen, l'a réclamée après.

Nous terminerons en disant : le curettage vésical par la voie urétrale est une opération à rejeter; — par la voie hypogastrique, on ne le pratiquera pas quand les lésions sont étendues, quand elles sont secondaires à la tuberculose génitale ou rénale. Dans ces cas, quand l'intervention sera forcée, la fistulisation de la vessie par l'hypogastre suffira. Le curettage et l'excision des lésions ne seront tentées que dans la tuberculose vésicale, primitive (ou secondaire à une tuberculose éloignée et peu grave), et quand les lésions, même dans ce cas, seront très limitées. L'endoscopie seule peut démontrer la limitation des lésions.

Observation I. — *Tuberculose urinaire.* — *Curettage vésical, sans amélioration.* — *Mort ultérieure.* (Vigneron, *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein*, obs. 23. Paris, Steinheil, 1892.)

Résumé. — Lef., vingt-deux ans, entrée le 19 novembre 1890. Début : un an; mictions douloureuses et fréquentes. — Depuis trois mois purulence nette, parfois hématurie. Pas d'antécédents. — Bacilles de Koch dans l'urine. Instillations au sublimé, 1/5000 sans résultat.

Du 11 décembre 1890 au 7 janvier 1891, 5 injections de lymphe de Koch, sans résultat : la miction devint même plus fréquente et plus douloureuse, et en février l'état général se prend.

18 février. — Curettage vésical par l'urètre, suivi d'un lavage à la glycérine créosotée à 1/100. Pas d'amélioration sensible de l'état vésical.

Bientôt état général très grave ; le rein droit, gros, est le siège de rétentions rénales. — Le 28 mars 1891, néphrotomie. Mort le 30 mars.

Autopsie. — Rien en dehors de l'appareil urinaire. Vessie petite, rétractée, parois modérément épaissies, surface interne tomenteuse, rouge, irrégulière, sans lésions tuberculeuses à l'œil nu. Rein droit caséeux. Rien du côté gauche.

Observation II. — *Tuberculose urinaire. — Curettages vésicaux. Taille hypogastrique. Tamponnement vésical. — Amélioration, puis mort par généralisation rénale.* (Vigneron, *loc. cit.*, obs. 30.)

Résumé. — Lucie M..., vingt-cinq ans. Entrée le 22 janvier 1891. — Aucun antécédent. — Début : à dix-neuf ans, légère hématurie. Il y a un an, symptômes vésicaux, actuellement très aigus. — Bacilles de Koch.

18 février. — 1er curettage par l'urètre, légère amélioration.

24 avril. — 2e curettage : sans résultat.

30 juin. — Taille hypogastrique. Muqueuse fongueuse et avec 2 ulcérations dans le bas-fond, ulcérations très profondes.

Cathéterisme des 2 uretères, sondes laissées à demeure. Suture de la vessie à la plaie abdominale, tamponnement vésical à la gaze iodoformée, après cautérisation au fer rouge des granulations.

Les douleurs vésicales cessent de suite et totalement tant que les sondes urétérales restent en place (9 et 11 jours) et que le tamponnement vésical persiste. A la suite, sonde de Pezzer à demeure. La fistule vésicale se ferme seule le vingt-sixième jour et les douleurs reviennent peu à peu. Puis le rein gauche et l'état général se prennent et en octobre néphrotomie gauche. Amélioration jusqu'en fin novembre, puis à nouveau douleurs vésicales très vives, cachexie, et mort en juin 1892, avec le rein droit pris. — Pas d'autopsie.

Observation III. — *Tuberculose vésicale secondaire à une tuberculose génitale. Taille hypogastrique. — Curettage. — Mort ultérieure.*

Poir..., vingt-six ans, employé de commerce, entré à Necker le 15 mai 1891.

Rien comme antécédents héréditaires ; lui-même toujours bien portant, à part une adénite cervicale suppurée, chronique, pendant son service militaire. Pas de blennorragie.

Début (deux ans et demi) par la fréquence des mictions (toutes les heures, jour et nuit) ; au bout de six mois, il urine toutes les dix minutes. Purulence des urines presque en même temps que la fréquence. Les douleurs ne se sont montrées que quelques mois après (douleur à la fin de la miction, et douleurs rénales). Enfin, il y a un an, très légères hématuries terminales qui n'ont pas réapparu depuis cinq mois. État général un peu pris, sans rien aux poumons. Des instillations au nitrate d'argent n'ont produit aucun résultat.

A son entrée, mictions impérieuses, avec douleur terminale très vive, et se répétant tous les trois quarts d'heures en moyenne.

Rien aux reins, aux uretères, au testicule, aux épididymes, aux cordons, ni à la prostate.

Petit noyau dans la vésicule séminale droite. Canal libre, mais portion membraneuse très sensible et se contractant fortement.

Vessie sensible à la pression sus-pubienne, et surtout au contact de la boule contre la paroi postérieure. Capacité vésicale : 80 grammes. Urines très purulentes, avec bacilles.

21 mai 1891. — Taille hypogastrique sur le lit de Trendelenburg : on voit parfaitement tous les détails des lésions. Paroi antérieure sans autres

lésions qu'une vascularisation très prononcée. Paroi postérieure et supérieure couverte de granulations plus ou moins considérables, irrégulière, exulcérée par places, d'aspect framboisé, lésions maxima au pourtour du col. Grattage vigoureux de toutes les granulations qui saignent assez abondamment. Écouvillonnage à la gaze iodoformée. Quelques granulations très saillantes sont détruites au thermo-cautère; attouchement de toute la muqueuse avec une éponge imbibée de chlorure de zinc à 1/10.

Réunion partielle. Tubes siphons. Amélioration pendant quelques jours : puis, les tubes siphons ne fonctionnant plus bien, douleurs très vives.

On remplace les tubes par des sondes à demeure : celles-ci passent très difficilement, et seulement munies de mandrins. Le spasme existe toujours; ces sondes provoquent de très violentes douleurs par leur contact, et très souvent le malade les retire. La vessie ne tolère aucun liquide : les instillations même sont impossibles. L'état général s'aggrave et le malade veut, le 29 août, rentrer chez lui dans les Ardennes, où il est mort à la fin de 1892. A sa sortie; il conservait une fistule.

Observation IV. — *Cystite fongueuse. — Taille hypogastrique. Curettage. Résultat très médiocre.*

God..., trente et un ans, sergent de ville. Entré le 27 avril 1871 à Necker. Aucun antécédent héréditaire; dans sa jeunesse, manifestations scrofuleuses : blépharite, impétigo, écoulement d'oreille.

Début : le 20 janvier 1890, 1re blennorragie; écoulement peu abondant; mais presque de suite phénomènes de cystite; soigné au Midi sans cathétérisme ni injections. — Quinze jours après le début de sa blennorragie, il commence à uriner quelques gouttes de sang à la fin de chaque miction. En février, il entre à l'hôpital : instillations de nitrate d'argent sans résultat; les hématuries augmentent même. Traitement général : les hématuries cessent, mais les mictions deviennent plus fréquentes et plus douloureuses. Le malade sort pour rentrer en janvier 1891. Hématuries plus abondantes : miction tous les quarts d'heure. On lui pratique successivement, sans résultat, des instillations de sublimé à 1/1000 et de glycérine créosotée. Capacité vésicale = 85 centimètres cubes. Il refuse une taille hypogastrique et sort le 1er mars.

27 avril 1891. — Rentrée : état général moins bon. Quelques signes douteux au sommet droit. État local très aigu. La vessie non sensible à la pression l'est considérablement au contact de la boule sur la paroi postérieure. Rien à l'appareil génital, ni aux reins.

Urines purulentes : ni gonocoques, ni bacilles de Koch, dans 3 examens. Une inoculation resta aussi négative.

6 mai. — Taille hypogastrique : le renversement sur la table de Trendelenburg montre très bien les lésions; toute la paroi vésicale postérieure est couverte de granulations d'un rouge foncé, qui saignent facilement. Grattage à la curette; écouvillonnage à la gaze iodoformée. Drainage vésical par les tubes siphons.

Les douleurs cessent complètement, ainsi que les hématuries. Le *16 mai*, les tubes fonctionnant mal, on les retire : l'urine sort totalement par la

plaie hypogastrique pendant une quinzaine de jours, sans aucune douleur. Puis la plaie se fermant en partie, les douleurs réapparaissent et on doit mettre une sonde à demeure qu'on change de temps en temps; à partir de ce moment, douleurs très variables. A la fin de juin, une fistulette hypogastrique qui était restée se cicatrise, pour se rouvrir au bout de quelques jours, et s'ouvrir et se fermer alternativement plusieurs fois. La sonde à demeure doit être placée exactement au niveau du col pour ne pas provoquer de douleur; dès qu'on l'enlève, les mictions redeviennent douloureuses et fréquentes. Les urines restent purulentes; l'état général est mauvais; les instillations ne sont pas supportées.

Le 24 octobre 1891, le malade sort; depuis il urine toutes les 20 minutes environ : ces urines restent purulentes. Il n'a plus de fistule hypogastrique actuellement; mais son état général s'aggrave progressivement.

Observation V. — *Tuberculose urinaire secondaire ascendante. — Taille hypogastrique. Curettage. Cautérisations. — Mort ultérieure.*

For..., garçon de café, dix-huit ans, entre à Necker le 24 juin 1892. Aucun antécédent héréditaire; personnellement : gourme dans l'enfance et bronchites faciles.

Début : cinq mois, sans cause. Mictions douloureuses fréquentes : urines purulentes et souvent teintées de sang.

A son entrée, tous ces symptômes persistent plus accentués : mictions toutes les 10 minutes, très douloureuses et impérieuses; hématuries assez fréquentes et abondantes; urines très purulentes avec bacilles; vessie très sensible au palper, au contact et à la distension avec 60 grammes de liquide.

Canal libre.

Reins à peine sentis; quelques douleurs lombaires. Rien dans les épididymes, ni dans la prostate, au moins au toucher. Canal déférent gauche gros, et noyaux durs dans les vésicules séminales.

Tuberculose pulmonaire.

Aucune amélioration par les instillations de sublimé.

6 juillet 1892. — Taille hypogastrique. Muqueuse granuleuse, exulcérée sur toute la paroi postérieure, avec de longues franges proliférantes par places. En arrière du trigone, ulcération profonde faisant presque croire à une perforation. Excision des végétations et cautérisation au fer rouge de toutes les parties malades. Suture de la vessie à la paroi. Sonde de Pezzer à demeure; tamponnement vésical à la gaze iodoformée.

Jusqu'au 18 juillet, époque à laquelle l'opéré fait une poussée nouvelle du côté des poumons, la température tombe, les hématuries cessent, les douleurs disparaissent. Cependant l'état local reste bon jusqu'au 27 juillet, date à laquelle la sonde s'oblitère et doit être retirée. A partir de ce moment, les douleurs réapparaissent par moment, moins fortes il est vrai; l'urine sort surtout par la fistule hypogastrique.

Bientôt l'état général s'aggrave : le rein gauche devient gros et le siège de douleurs assez vives (à partir du 7 octobre), puis le 12 octobre se forme une phlébite de la veine fémorale et le 15 des veines saphènes. Le 29 novembre, le rein droit est très gros et provoque des douleurs

intenses. L'état général est de plus en plus mauvais : la fistule hypogastrique persiste ; les douleurs vésicales sont intermittentes et plus ou moins fortes. Le 16 janvier 1893, le malade meurt.

Autopsie (N. Hallé). — Vessie très petite, fongueuse, ulcérée ; le bas-fond est perforé ; un vaste diverticule extra-vésical mène vers le rectum et le périnée. A gauche on trouve un gros abcès froid parti du rein. Rein gauche tuberculeux, gros, régulier, forme massive. L'uretère de ce côté est tuberculeux avec tendance à l'oblitération. Rein droit : gros, amyloïde, avec pyélite pseudo-membraneuse.

Dans les poumons, lésions multiples, les unes anciennes, les autres récentes. Les deux veines fémorales sont oblitérées.

Observation VI. — *Tuberculose urinaire. — Taille hypogastrique. Curettage vésical. — Mort ultérieure.* (Due à l'obligeance de notre ami J. Albarran.)

L..., cinquante-huit ans, entre à Necker le 6 septembre 1892, avec tous les symptômes fonctionnels d'un calcul vésical, sans en avoir aucun signe physique. Il urine avec grande douleur toutes les 12 minutes ; ses urines sont très purulentes. Le palper bimanuel dénote une vessie très épaissie par la péricystite.

Le rein droit est gros et augmente par la suite. On n'a pas trouvé de bacilles.

11 septembre 1892. — Taille hypogastrique et curettage vésical. On incise comme pour une taille longitudinale ; mais il est impossible de décoller le péritoine absolument adhérent à la vessie : entre le cul-de-sac et le pubis il n'y a pas une hauteur de plus de 1 centimètre. On pratique donc une taille transversale. Toute la surface de la muqueuse en est rouge, fongueuse et exulcérée : grattage très énergique, et excision aux ciseaux de lambeaux de muqueuse ; on met à nu la couche musculaire. Réunion par première intention, malgré l'énorme épaississement de la paroi. On laisse une sonde, de Pezzer, qui est retirée le 21 septembre. Les douleurs à la miction sont plus modérées qu'avant l'intervention ; la fréquence est un peu diminuée. Le 26 septembre, la plaie est complètement fermée, et le malade sort le 3 octobre, n'urinant que toutes les demi-heures environ.

Un mois après, phlegmon sus-pubien : on remet à demeure une sonde de Pezzer et en quinze jours la cicatrisation est parfaite. Trois jours après, une petite poche s'est reformée et doit être réincisée ; le malade sort quelques jours après avec une fistulette ; son rein droit augmente. A partir de ce moment, son état s'aggrave, les douleurs augmentent et le malade meurt chez lui à la fin de 1892.

Observation VII. — *Tuberculose vésicale secondaire à la tuberculose génitale. — Taille hypo-gastrique. Curettage. — Etat stationnaire.*

Big..., cultivateur, quarante ans, entré à Necker le 28 juin 1891. Pas d'antécédents héréditaires, pas de maladie dans l'enfance. A vingt-deux ans, blennorragie ; à vingt-six ans, abcès froid de la région sternale. Début : deux ans et demi. Sans cause, la miction devient douloureuse et fréquente, les urines troubles. Il y a deux ans, première hématurie terminale ;

depuis il en a une ou deux par semaine. Il y a quatre mois, à Clermont, instillations de nitrate, puis de sublimé, sans résultat.

A son entrée, il urine presque toutes les 10 minutes, jour et nuit, avec très fortes douleurs à la fin de la miction. Sa vessie est sensible au contact et à la distension, avec 20 grammes de liquide. Urines très purulentes, avec bacilles.

Canal libre. Rien aux reins.

Testicule droit avec noyaux. Prostate dure, irrégulière, vers son bord droit; vésicule droite très grosse et bosselée. Des instillations au sublimé ne font qu'augmenter la fréquence des mictions.

13 juillet. — Taille hypogastrique. Lésions très étendues du triangle vésical, avec granulations et exulcérations. Grattage, cautérisations au sulfate de zinc. Suture de la vessie à la paroi et tubes Guyon-Perier.

Pendant deux mois la vessie reste largement ouverte et drainée; aucune douleur. En septembre, la fistule se ferme; on avait laissé une sonde à demeure. La cicatrice cède à plusieurs reprises. Cependant, douleurs peu vives tant que la sonde à demeure fonctionne bien; mais la vessie reste très sensible et de très petits lavages à l'eau boriquée sont mal tolérés. En septembre, même état : la fistule se rouvre encore pendant quelques jours, puis en janvier. Depuis le 25 janvier 1893 elle reste fermée; la vessie reste très sensible, les urines très purulentes, et la sonde à demeure est conservée jusqu'au 1er mars, époque à laquelle le malade commence à se lever.

Actuellement, les urines restent très purulentes. Hématurie pas revenue. Miction tous les quarts d'heure, douloureuse à la fin, surtout si le malade a un peu marché. Rien aux reins; l'état général reste médiocre. Aucun traitement local.

Observation VIII. — *Tuberculose vésicale primitive. — Taille hypogastrique. Curettage. — État à peu près stationnaire.* (Due à l'obligeance de notre ami J. Albarran.)

Fl..., terrassier, vingt-deux ans, entre à Necker le 5 août 1892. Son père serait mort à quarante-huit ans de la poitrine. Lui avait toujours été bien portant, à part, à huit ans, des adénites cervicales et des maux d'yeux. Jamais de blennorragie.

Il y a trois ans, sans cause et presque en même temps, surviennent des hématuries assez abondantes et fréquentes, de la douleur et de la fréquence des mictions, enfin de la purulence de l'urine. Pas de traitement local. A son entrée, les hématuries sont devenues moins abondantes : elles sont terminales. Il urine toutes les demi-heures environ avec une douleur à la fin, moins forte que jadis. Vessie sensible au contact : capacité, 100 grammes. A l'endoscope, lésions très étendues. Rien à l'appareil génital, à part une induration de la vésicule droite. On trouve des bacilles dans l'urine.

Le 26 octobre 1892, taille hypogastrique, facile. En dépit des symptômes relativement légers, on trouve des lésions très étendues. Presque toute la muqueuse vésicale est détruite, sauf aux alentours du col. Curettage soigné et complet; réunion par première intention et sonde à demeure (sonde de Pezzer). Au premier pansement, on trouve la plaie désunie sur

une longueur de 5 centimètres. L'intervention a été bien supportée : pas de douleur; les hématuries ont cessé.

Le 5 septembre. On remplace la sonde de Pezzer par une sonde ordinaire, qu'on laissera à demeure, en la changeant, bien entendu, jusqu'au 10 novembre, époque à laquelle la fistule est fermée; les hématuries ne reviennent pas.

Le malade sort le 3 décembre avec les urines purulentes, urinant tous les trois quarts d'heure environ, presque sans douleur; son état général est resté assez satisfaisant. Jusqu'au 1er février 1893 l'opéré reste à peu près dans le même état, pouvant travailler un peu. A cette date, sa cicatrice hypogastrique s'ouvre : on lui met en ville une sonde à demeure, grâce à laquelle la cicatrisation se fait rapidement pour se réouvrir à nouveau une fois la sonde enlevée. Le 1er mars, il rentre à Necker avec une fistule urineuse au bord supérieur du pubis : pas une goutte d'urine ne passe par le canal. Une sonde à demeure est laissée du 2 mars au 1er avril. Le 16 mars, la fistule est fermée; elle l'est encore actuellement. Le malade urine toutes les vingt minutes environ, sans grande douleur, à la fin; ses urines sont moins purulentes; le sang n'a pas reparu.

Présentation de pièces osseuses pathologiques expérimentales

Par le Dr L. Dor (de Lyon).

Les bactériologistes ont étudié principalement les microbes qui engendrent des lésions aiguës, et leur attention n'a pas été attirée au même titre sur les agents pathogènes des lésions chroniques. J'ai essayé dans ma thèse inaugurale [1] de démontrer que certaines lésions chroniques sont engendrées par des races atténuées de microbes ci-devant septogènes. Depuis trois ans j'ai très souvent injecté dans le torrent circulatoire de lapins des cultures de microbes atténués.

Dans quelques cas, j'ai eu la satisfaction de voir apparaître des lésions chroniques très longtemps après l'inoculation. Je désire vous entretenir de ceux de ces cas qui intéressent particulièrement les chirurgiens et vous présenter des pièces osseuses pathologiques obtenues expérimentalement.

§ 1. — Arthrites déformantes.

Dans le laboratoire de mon maître, M. le professeur Poncet, j'ai systématiquement fait des cultures avec tous les ganglions tuber-

1. *Considérations sur le rôle de l'atténuation des microbes dans la pathogénie des lésions infectieuses chroniques*, par L. Dor, thèse de Lyon, 1892. Édit. chez Masson.

:uleux non suppurés provenant d'opérations portant principa-
ement sur les régions cervicale et axillaire. J'ai toujours obtenu les cultures et le nombre de mes tentatives se monte à plus d'une vingtaine. A première vue, les microbes qui pullulaient dans mes bouillons étaient toujours des staphylocoques, ils ne liquéfiaient jamais la gélatine, et se présentaient sous forme de taches de cire de couleur blanche, jaune ou orangée, à la surface des milieux solides. Il m'est arrivé en faisant des réensemencements à un an de distance de voir des microbes primitivement blancs devenir un peu orangés, et d'autres primitivement jaunes devenir presque blancs, de sorte que j'ai pensé avoir affaire dans la majorité des cas à une seule et unique espèce. Une fois j'ai vu l'un de ces



Fig. 25. — Exostose du condyle externe du fémur atteint d'arthrite déformante.

microbes devenir liquéfiant au bout d'un certain nombre de générations, et prendre en même temps des propriétés pyogènes, de sorte qu'il m'est bien difficile de dire si je dois considérer ces microbes comme n'étant qu'une race atténuée du staphylocoque pyogène ou s'il s'agit des staphylocoques appelés par Passet *cereus albus*, *flavus* et *aureus*. Désirant élucider cette question, j'ai fait venir de Prague, de chez M. Kral, des échantillons des *staphylococcus cereus albus* et *cereus aureus*; mais au lieu de trouver une solution définitive, j'ai éprouvé au contraire un embarras plus grand. Les cultures que j'ai reçues ressemblaient au premier abord à celles que j'avais obtenues moi-même et j'ai constaté au microscope qu'il s'agissait bien de staphylocoques; mais je me suis aperçu que sur certains milieux le *staphylococcus cereus albus* de M. Kral prenait un aspect rappelant un peu à l'examen microscopique les champignons que l'on désigne sous le nom de leuconostocs, et lorsque j'ai voulu savoir si le mien se présen-

terait sous le même aspect, la seule culture que j'avais gardée ne poussait plus.

Confiant dans la pureté de la culture qui m'avait été envoyée de Prague, j'ai formulé dans le résumé de ma présente communication que j'ai envoyée au mois de février, la conclusion suivante : « Le *staphylococcus cereus* n'est pas un staphylocoque, c'est un champignon beaucoup plus élevé dans la série et qui prend l'aspect de staphylocoque sur certains milieux »; or, dans le courant du mois de mars, j'ai pu obtenir de nouvelles cultures de *staphylococcus cereus albus* et je me suis aperçu que j'avais formulé cette conclusion d'une façon un peu trop hâtive; c'est le staphylocoque que j'avais reçu de Prague qui n'est pas un staphylocoque, mais ceux que j'ai étudiés méritent bien cette appellation; mes expériences ont été faites avec des staphylocoques et j'incline à penser qu'il s'agit dans tous les cas de races atténuées non pyogènes du *staphylococcus pyogenes*.

Les expériences que j'ai faites consistaient à injecter dans la veine marginale de l'oreille d'un lapin ou dans le tissu conjonctif sous-cutané de la cuisse d'un cobaye 1 centimètre cube d'une culture en bouillon. Toutes les fois que je m'étais adressé à des animaux trop jeunes ou lorsque j'employais des cultures un peu anciennes, ou encore lorsque les animaux d'expérience n'étaient pas tenus très proprement, ils succombaient pendant les quinze premiers jours; en faisant leur autopsie je ne trouvais en général aucune lésion; j'ai constaté que dans les cultures anciennes filtrées au filtre Chamberland il existe une substance extrêmement toxique et je pense qu'il faut attribuer à une intoxication *toutes* les morts que j'ai enregistrées; les plus beaux résultats que j'ai obtenus ont été observés sur des lapins conservés à la campagne dans d'excellentes conditions hygiéniques.

Les premières lésions dont je désire vous entretenir sont des arthrites déformantes observées, en juin 1891, sur 2 lapins blancs de 2400 grammes, inoculés le 2 juin 1890, avec une culture provenant d'un ganglion cervical extirpé par M. Aubert chez un malade atteint de lupus de la face. J'ai déjà publié sur ces faits une note dans le *Lyon médical* du 17 avril 1892 sous le titre d'« ostéoarthrite hypertrophique infectieuse ». Voici comment j'ai décrit les lésions :

« Les muscles ne paraissaient pas avoir subi d'atrophie. La synoviale articulaire était épaissie. Les surfaces osseuses articulaires étaient dépourvues de leur cartilage de revêtement, l'os était dénudé. Ce qui nous a frappé tout d'abord a été la présence de saillies anormales, véritables hyperostoses développées principalement aux dépens des éminences normales sur lesquelles s'insè-

ent les muscles. La forme des condyles du fémur et de l'épiphyse ibiale était absolument altérée, cependant avec un peu d'attention on pouvait encore reconnaître ce qui appartenait à la déformation les surfaces et ce qui dépendait au contraire de productions surajoutées; on sait qu'il existe dans l'articulation du genou chez le apin trois os sésamoïdes dont deux reposent au moyen de cartilages sur les deux condyles du fémur et le troisième sur le condyle externe du tibia; or ces os sésamoïdes avaient subi également une hypertrophie notable.

« En somme, il s'était développé chez nos lapins une ostéoarthrite d'une nature tout à fait spéciale et qui nous a fait penser à l'ostéo-

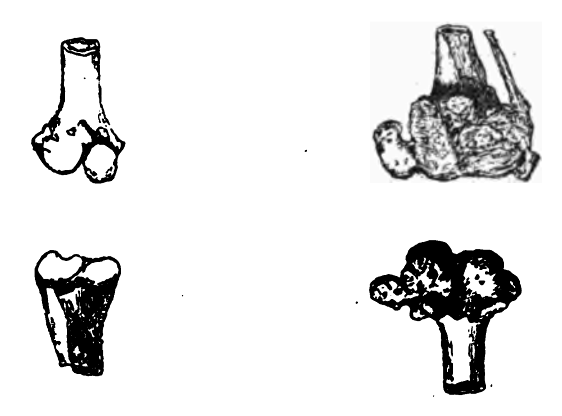


Fig. 23 et 27. — Fémur et tibia normaux. Fig. 28 et 29. — Fémur et tibia d'un lapin atteint d'arthrite définitive expérimentale.

arthropathie hypertrophiante d'origine pneumique, mais l'examen microscopique nous démontra qu'il n'y a pas lieu d'identifier ces deux affections », etc., etc.

Après la publication de cette note, M. le prof. Renaut, l'éminent histologiste de la Faculté de médecine de Lyon, qui avait déjà examiné une première fois mes préparations, voulut bien me dicter les lignes suivantes :

« La coupe passant par l'extrémité du condyle normal et celle passant par l'extrémité homologue du condyle malade présentent des différences considérables et saisissables d'emblée. Tandis que l'os normal montre au-dessous du tissu compact des travées osseuses grêles et régulières suivant d'abord la direction générale, puis rayonnant vers le centre de l'os en formant des mailles lâches plus ou moins concentriques à ce dernier, et que dans les limites du tissu spongieux la moelle comprise entre les travées osseuses est une moelle rouge, active, on voit du côté malade, au-dessous

du tissu compact, des travées spongieuses non plus grêles mais épaisses, à bords festonnés.

« Les festons font saillie du côté des espaces médullaires au lieu de présenter des surfaces curvilignes tendant à embrasser comme dans le tissu spongieux normal des systèmes de Havers entiers ou des éléments de système de Havers. La moelle occupant les espaces compris entre les travées est en outre entièrement passée à l'état adipeux. Nous venons de dire que le tissu spongieux de l'os sain est au contraire une moelle active. Cette moelle est saine, elle est en effet constituée par un stroma muqueux renfermant les éléments ordinaires de la moelle rouge répandus autour des vaisseaux et un petit nombre seulement de cellules ayant subi la transformation en vésicules adipeuses. Au contraire, du côté malade, toutes les cellules fixes du stroma de la moelle sont devenues des vésicules adipeuses. Néanmoins il existe sur un grand nombre de points, le long des grosses travées du tissu spongieux dont nous venons de signaler l'existence, des rangées d'ostéoblastes et même des myéloplaxes. La moelle est donc ici adipeuse, il est vrai, mais non pas du tout inactive, exactement comme il arrive dans les os des extrémités articulaires affectées chez l'homme d'arthrite déformante. Du reste les travées osseuses ne sont festonnées et arrondies sur leurs bords et leurs angles saillants qu'en vertu même d'un remaniement très net dont elles sont le siège et qui a causé leur changement d'ordonnance et leur épaississement. Généralement le centre de chaque travée est occupé par une bande de tissu osseux plus ancien, reste du tissu spongieux primitif. Marginalement, la substance osseuse est de nouvelle formation ; elle affecte une apparence fibroïde tout à fait particulière. A plat, cette constitution fibroïde donne des images très particulières. La surface de la travée paraît après coloration par le picrocarminate d'ammoniaque revêtue d'une couche d'ostéoblastes. Au-dessous de ceux-ci, on voit la substance osseuse présentant un pointillé admirable résultant de la mise en série sur des lignes concentriques presque régulièrement parallèles les unes aux autres des canalicules propres des os. Au sein même de cette substance osseuse, on voit d'énormes cellules osseuses fœtales. Il résulte de cette disposition que la substance osseuse prend une apparence comme réticulée tout à fait caractéristique et qui ne se retrouve sur aucune lamelle de l'os sain. Il y a même lieu de faire observer qu'une pareille constitution de l'os jeune n'a pas été relevée jusqu'à présent dans les processus d'ossification. Au sein de certains espaces occupés par la moelle adipeuse, on trouve des fragments de travées qui ont été détruites, d'autres répondent à des travées en

roie d'édification. Il y a donc là un processus constant de desruction et de réédification de l'os par la moelle d'apparence adipeuse qui néanmoins est encore puissamment active.

« Sur tous les points où ont porté les coupes, la ligne d'apparence compacte qui limite l'os est revêtue d'une mince couche de cartilage articulaire dans l'os sain et on y voit les phénomènes ordinaires de l'ossification par le cartilage, mais du côté malade cette ligne n'est plus régulière, et enfin au sein du périchondre et sous forme de bandes de festons individualisés à sa surface on voit des noyaux de cartilages à groupes isogéniques encapsulés répondant très probablement à de petites ecchondroses. »

Il résulte de cet examen microscopique que j'ai eu tort de considérer les lésions que j'avais obtenues comme une ostéoarthropathie hypertrophiante, il s'agit en réalité d'arthrites déformantes [1].

Ainsi, avec des microbes atténués inoculés dans le sang de deux lapins, j'avais fait naître au bout d'une année des lésions que l'anatomie pathologique m'autorise à considérer comme des arthrites déformantes.

§ 2. — Ostéomyélites nécrosantes.

Ce premier résultat était très encourageant et je résolus dès lors de faire de nouvelles tentatives en me plaçant dans des conditions analogues.

Mais le laboratoire doté d'un crédit bien restreint pouvait juste se suffire, et malgré mon désir je dus renoncer à entreprendre des expériences aussi longues, pour lesquelles il importait de nourrir des lapins pendant plus d'un an; je pensai alors à inoculer des cobayes.

Parmi les différentes cultures provenant de ganglions tuberculeux que j'avais à ma disposition au commencement de l'année 1892, je choisis celle dont la végétation sur la gélatine était la plus luxuriante; cette fois je m'assurai qu'il s'agissait bien d'un staphylocoque et que ce microbe ne liquéfiait pas la gélatine; sa coloration était un peu orangée, mais plus tard elle devint chamois clair. Cette coloration n'est d'ailleurs pas rare parmi tous ces microbes assez mal déterminés dont on ne sait pas s'ils sont une

1. Dans mon mémoire du *Lyon médical*, j'ai dit que les microbes qui avaient produit cette lésion prenaient sur la gélatine l'aspect de fins bacilles; j'ai reconnu depuis que ces bacilles étaient des impuretés surajoutées qui s'étaient développées dans mes cultures conservées depuis plus d'un an lorsque je les ai examinées. Le microbe pathogène était bien le staphylococcus pyogène atténué.

race du staphylocoque pyogène ou s'ils sont des espèces non décrites.

J'inoculai d'abord 4 cobayes avec la culture que j'avais choisie et je pensais qu'au bout d'un an j'obtiendrais des lésions analogues aux arthrites déformantes de mes lapins; j'avais choisi des cobayes jeunes pesant environ 150 à 200 grammes. J'avais pratiqué des injections de 1 centimètre cube de culture récente dans du bouillon de bœuf salé cultivé à 37° pendant vingt-quatre heures. Pendant les premiers jours, je surveillai mes animaux afin de bien m'assurer qu'il ne se faisait aucune suppuration locale, puis je les mis dans un endroit bien aéré et très sec où je comptais les laisser pendant une année; mais dès le quinzième jour je vis que leur poil se hérissait, qu'ils se roulaient en boule et qu'ils restaient immobiles à leur place; j'en pris un et je fus tout étonné de voir qu'il avait une déformation considérable des pattes antérieures. Il paraissait avoir une double main bote en valgus. Les autres n'avaient pas de déformations semblables. Le dix-huitième jour, tous les quatre présentaient la même déformation et en plus je m'aperçus que les genoux étaient chez quelques-uns tuméfiés et douloureux et je sentis très nettement une crépitation osseuse au niveau de l'extrémité inférieure du fémur. Je pensais être en présence de véritables ostéomyélites avec disjonction épiphysaire, et je sacrifiai immédiatement l'un de ces animaux. A ma grande surprise, je ne trouvai de pus nulle part, mais en effet les épiphyses inférieures du radius et du cubitus et celles du fémur étaient décollées, et il y avait un peu d'épanchement sanguin dans des muscles. Toutes les autres épiphyses se décollèrent successivement à la moindre traction que je fis sur les os pour les désarticuler.

Les trois autres cobayes moururent peu après et présentaient tous les mêmes lésions. Dans les viscères, il n'y avait rien de particulier; nulle part je ne trouvai d'abcès. L'aspect des décollements avait quelque chose de bien spécial; la moelle osseuse, qui chez les cobayes est en général très rouge, et spécialement chez les jeunes animaux, était ici jaune abricot et avait une consistance de gelée qui me rappela une phrase de Parrot dans son grand ouvrage sur « *Le rachitis et la syphilis* ». Étudiant les décollements épiphysaires de la syphilis infantile, ce qu'il appelait les pseudo-paralysies, Parrot dit en effet que la moelle a souvent la couleur et la consistance de la gelée d'abricot; je ne pouvais pas croire cependant que j'avais produit expérimentalement sans le vouloir des lésions syphilitiques.

Je me décidai alors à étudier l'anatomie pathologique de mes lésions et je mis dans de l'acide picrique des épiphyses décollées,

ainsi qu'un fémur dans lequel le décollement n'était pas encore fait et que je pus obtenir entier avec mille précautions pour ne pas faire moi-même le décollement. En outre, je pris dans la moelle au niveau d'un décollement de petits fragments que je déposai dans du bouillon afin de voir si j'allais retrouver le microbe que j'avais inoculé. Disons tout de suite que les cultures furent fertiles et qu'avec elles j'inoculai 4 autres cobayes qui moururent exactement dans les mêmes conditions que les premiers, ce qui porte à 8 le nombre des animaux auxquels j'ai produit cette singulière maladie. Je puis ajouter aussi que j'ai étudié sur d'autres cobayes l'action des produits solubles tirés de ces cultures au moyen de filtrations par le filtre Chamberland. Tous mes animaux, au nombre de 9, sont morts avant le quinzième jour sans qu'à l'autopsie j'aie pu retrouver la moindre lésion; les épiphyses se décollaient avec une extrême facilité, mais aucune n'était décollée spontanément.

Dès que les os furent suffisamment décalcifiés, je pratiquai des coupes et je pus constater tout d'abord qu'il ne s'agissait pas à proprement parler de décollements épiphysaires vrais, mais bien de véritables disjonctions dans l'extrémité diaphysaire des os, de sorte que le fragment qui est détaché se compose de toute l'épiphyse, du cartilage de conjugaison et d'une portion d'os diaphysaire adhérente à ce cartilage; je pensais que, puisqu'il se fait une fracture diaphysaire, j'allais trouver des lésions d'ostéite raréfiante, qui expliqueraient la fracture par une diminution de la solidité des travées osseuses; mais mon attente fut déçue. En comparant des coupes d'os sain à des coupes pratiquées dans le fémur malade chez lequel le décollement était en train de se faire, je n'ai pas trouvé de différence entre l'épaisseur des trabécules d'os spongieux qui rentrent dans la constitution de la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse, je n'ai pas trouvé non plus que l'os compact qui limite en dehors l'os spongieux fût d'apparence plus grêle dans l'os malade que dans l'os sain. Que se passait-il donc? et comment pouvait-on expliquer ces fractures?

Le premier fait qui frappe l'observateur est la pâleur de la coloration dans certains points où le travail de décollement paraît le plus actif; l'idée qu'il existe un processus de nécrose vient immédiatement à l'esprit, et mon beau-frère, le Dr H. Stilling, professeur d'anatomie pathologique à l'université de Lausanne, en examinant mes coupes, prononça le mot de nécrose à la première inspection.

En songeant à l'existence de cette lésion, j'ai cherché à me rendre compte de l'état des vaisseaux et j'ai pu m'assurer que la vascularisation est extrêmement pauvre. Il y a bien dans la coupe

un grand nombre de globules rouges parce que le décollement ne s'est pas effectué sans être accompagné de petites hémorragies, mais les vaisseaux eux-mêmes sont rares, et surtout on ne voit plus les anses vasculaires se dirigeant vers le cartilage pour pénétrer dans les groupes isogéniques axiaux ainsi que dans le processus normal de l'ossification il est si facile de le voir. Il s'ensuit même un fait qui est très intéressant au point de vue de l'étude de l'ossification, c'est qu'en l'absence de bourgeons vasculaires venant à la rencontre des piles de cellules cartilagineuses ordonnancées parallèlement, cette disposition disparait et les groupes isogéniques ne sont presque plus reconnaissables; le travail de l'ossification est arrêté. La couche de tissu ostéoïde cesse également de se produire. Dans la moelle, on rencontre une lésion qui est d'une très grande netteté; celle-ci ne renferme presque plus de cellules médullaires, il n'y a pas non plus de myéloplaxes, on trouve à la place un tissu fibrillaire finement réticulé renfermant des cellules fusiformes bien différentes de celles qui constituent la moelle saine, il n'y a pas non plus de cellules adipeuses, pas de leucocytes ou de cellules embryonnaires témoignant d'une inflammation. Le processus est entièrement un processus de désintégration, de mort, de nécrose et dans des portions très étendues on trouve une substance finement granulée, sans structure apparente, qui parait être le résultat d'une désintégration des éléments constitutifs. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que l'os se fracture.

Telles sont les lésions qui m'ont été révélées par l'examen anatomo-pathologique et qui me permettent de conclure que j'ai été en présence d'une ostéo-myélite juxta-épiphysaire d'une nature bien spéciale, dans laquelle il n'y a ni inflammation ni suppuration, mais bien uniquement de la nécrose.

Voici maintenant quelle interprétation je crois pouvoir donner relativement à la pathogénie de cette maladie. Je crois qu'il doit exister parmi les substances solubles du staphylocoque pyogène un certain nombre de produits divers dont l'un serait pyogène et un autre nécrogène, si l'on me permet ce néologisme absolument barbare. Dans les ostéo-myélites ordinaires, tous ces produits se trouvent réunis et c'est pourquoi l'on rencontre à la fois de la suppuration et de la nécrose, mais si l'on se rappelle que la culture que j'ai employée était une culture non pyogène, ne liquéfiant pas la gélatine ou du moins ne produisant qu'un ramollissement de la surface au bout d'un mois, et que j'ai même pour cette raison considérée longtemps comme étant une culture du *staphylococcus cereus aureus*, on comprendra que je puisse émettre cette hypothèse tout aussi admissible : que j'étais en pré-

sence d'une race profondément modifiée du staphylocoque pyogène, race atténuée et n'ayant qu'une partie des propriétés que possèdent les cultures de races plus virulentes.

Quoi qu'il en soit du point de vue bactériologique, sur lequel je ne me crois pas en droit d'être très affirmatif, j'ai produit avec une culture pure une maladie que je puis appeler l'ostéo-myélite nécrosante qui se manifeste par une série de décollements épiphysaires survenant dans l'espace de quinze jours à trois semaines et qui a beaucoup de rapports avec le processus également nécrosant [1] *de la syphilis infantile, qui produit les décollements épiphysaires si bien connus depuis les travaux de Parrot.*

Bien entendu, je ne fais là qu'une simple comparaison et je n'ai nullement la prétention de soutenir que le décollement épiphysaire de la syphilis est produit par le même microbe que celui que j'ai étudié, et non par celui que l'on découvrira un jour dans les lésions syphilitiques.

§ 3. — Périostites albumineuses.

Après avoir observé les faits que je viens de relater, j'étais plus convaincu que jamais qu'il y a un grand intérêt à étudier expérimentalement les cultures de microbes provenant de ganglions tuberculeux et, au mois d'avril de l'année 1892, je fis encore une nouvelle série de recherches avec un microbe recueilli dans des conditions analogues. Mon maître, M. le professeur Poncet, avait extirpé une chaîne de ganglions d'apparence tuberculeuse chez une jeune femme d'une trentaine d'années et il eut l'obligeance de me confier ces ganglions immédiatement après leur ablation. Cette fois je m'assurai par une inoculation à des cobayes qu'il s'agissait bien réellement d'adénites tuberculeuses et en même temps je pratiquai des ensemencements dans du bouillon de bœuf salé. Je recommande pour ces ensemencements de déposer dans le bouillon un assez gros fragment de tissu; les microbes sont probablement peu nombreux, attendu que mes ensemencements étaient stériles lorsque j'avais déposé dans le bouillon une parcelle très minime de ganglions, et ils étaient au contraire fertiles dès le second jour lorsque je prenais la précaution que j'indique. Cette fois le microbe qui poussa était franchement blanc; lorsque je l'ensemençai sur la gélatine, il faisait une véritable saillie; la colonie était absolument comparable à une tache de cire. Le 15 avril, j'inoculai par injection intraveineuse quatre lapins dont deux très jeunes moururent en dix jours sans qu'à l'autopsie je

1. V. H. Stilling, *Arch. de Virchow*, vol. LXXXVIII, p. 509.

puisse découvrir la moindre lésion; un troisième mourut au bout de trois mois pendant une absence que je fis et, malgré le désir que j'avais formulé avant mon départ, on négligea d'en faire l'autopsie.

Le quatrième, qui était un lapin de 2400 grammes, présenta dès le 8 mai des lésions des deux articulations scapulo-humérales, je constatai d'abord un gonflement très considérable qui augmenta encore les jours suivants; puis, en examinant l'animal plus attentivement, je sentis une crépitation osseuse qui me fit penser à un décollement épiphysaire. Le 20 mai, l'animal étant encore très bien portant et ne paraissant pas maigrir, je le sacrifiai. Avant de procéder à l'autopsie, je tâchai de faire un diagnostic de l'affection que j'allais trouver et j'arrivai à penser qu'il y avait un décollement épiphysaire et un volumineux abcès au voisinage de l'articulation; mais j'eus la surprise de trouver, au lieu d'un abcès, une grosse collection intra-articulaire d'un liquide absolument clair, séreux, citrin, avec quelques traînées de sang. Ce liquide avait en outre un caractère très intéressant : il était filant comme le contenu d'un kyste de l'ovaire; et il contenait une assez grande quantité d'albumine.

Il y avait en outre un décollement épiphysaire et l'épiphyse décollée était même encore fendue en deux parties par une fente perpendiculaire à celle qui l'avait séparée de la diaphyse. Enfin, toute la diaphyse de l'humérus était atteinte de lésions périostiques consistant en un épaississement du périoste qui était devenu absolument rugueux et couvert d'aspérités, comme on les rencontre dans les os périostiques de nouvelle formation dans les ostéomyélites. Cette lésion était symétrique, les deux articulations scapulo-humérales étaient absolument identiques et les deux humérus présentaient les mêmes lésions périostiques; en faisant l'autopsie complète de l'animal, je trouvai encore des lésions absolument identiques au niveau de la diaphyse des fémurs et d'un côté l'os iliaque était également recouvert d'un périoste complètement rugueux. En faisant une coupe longitudinale de l'humérus, je trouvai que l'os compact avait au moins deux millimètres, alors que chez le lapin normal il n'y avait guère que un millimètre au même niveau.

Ces lésions périostiques diaphysaires généralisées avaient bien quelques rapports avec celles que produit la syphilis tertiaire, mais j'écartai immédiatement cette idée, qui me paraissait tout à fait inadmissible, et j'examinai surtout les lésions articulaires.

La collection était intra-articulaire, par conséquent ma première idée fut qu'il s'agissait de liquide synovial, mais cependant je venais d'observer, comme je l'ai dit précédemment, un grand

nombre de décollements épiphysaires et dans aucun cas je n'avais trouvé d'épanchement intra-articulaire. Il me vint alors à l'esprit une seconde hypothèse. De même que dans les ostéo-myélites suppurées dans lesquelles il s'est fait un décollement épiphysaire très précoce, le pus pénètre d'emblée dans l'articulation et donne à la maladie l'apparence d'une arthrite purulente, de même, pensais-je, il s'est fait ici un décollement épiphysaire précoce, le liquide provenant du foyer de la maladie s'est épanché dans l'articulation, et sa présence à cet endroit ne signifie pas qu'il soit d'origine synoviale. Peut-être s'agit-il d'une périostite albumineuse, maladie décrite pour la première fois dans le mémoire de mon maître M. le professeur Poncet [1] et dont j'avais entendu parler quelquefois par mon maître, M. le professeur Ollier, pendant que j'avais eu l'honneur d'être son interne.

Cette dernière hypothèse me parut plus vraisemblable que la première et les faits que je vais exposer maintenant ont encore renforcé mon opinion. Au mois de juin, M. Ollier me montra un cas de périostite albumineuse dans son service; je lui demandai l'autorisation de faire des cultures avec le liquide que je venais de voir ponctionner sous mes yeux et qui était limpide. Les bouillons que j'ensemençai avec une goutte de ce liquide restèrent stériles, mais ceux dans lesquels je laissai tomber une vingtaine de gouttes se troublèrent dès le lendemain, et lorsque je transportai une petite quantité de ma culture sur un tube de gélatine, il se développa un staphylocoque blanc sale qui ne ressemblait pas absolument à celui qui avait produit les périostites de mes lapins, mais qui avait cependant ce caractère commun de ne pas liquéfier la gélatine. Je fis immédiatement une inoculation intra-veineuse à un lapin, et, un mois après, je vis apparaître une tuméfaction de la jambe droite; je sacrifiai l'animal, mais j'avais été un peu trop pressé, les os ne présentaient nulle part de lésion périostique. Mais la tuméfaction de la jambe provenait d'une infiltration œdémateuse dans des parties molles laissant sourdre à la pression un liquide absolument clair, un peu filant; il n'y avait pas de membrane d'enveloppe; ce n'était pas un véritable abcès séreux et cependant cette lésion me fit penser aux abcès séreux parostaux. Je me demandai s'il n'y avait pas une identité de nature entre les abcès séreux et les périostites albumineuses, et cette fois encore je fus exceptionnellement favorisé par les circonstances. Il venait d'entrer dans le service de M. le professeur Poncet, dont j'étais alors l'interne, une malade atteinte d'un abcès périarticulaire tibio-tarsien qui se

1. Poncet, *Gaz. hebd.*, 1871.

trouva être un abcès séreux. Je recueillis immédiatement du liquide avec toutes les précautions habituelles, je n'ai pas besoin de le dire, et j'ensemençai un certain nombre de ballons de bouillon. Il se développa un staphylocoque qui, transporté sur la gélatine, donna des colonies d'un beau jaune citron ne liquéfiant pas la gélatine, mais en raison des vacances universitaires j'abandonnai toutes mes recherches.

Ce n'est qu'au mois de novembre que je repris mes différentes cultures dans le but d'étudier les microbes au point de vue de la détermination de leur espèce. La plupart ne poussèrent plus, lorsque je les réensemençai, et c'est pourquoi je crus devoir étudier une culture de *staphylococcus cereus albus* que j'avais fait venir de Prague. J'ai déjà dit à quelles erreurs j'ai été conduit par cette étude.

Conclusions.

Actuellement je crois que tous les microbes dont j'ai parlé sont des races atténuées du staphylocoque pyogène, et tout récemment j'ai pu obtenir de la suppuration avec l'une de ces cultures que j'avais cherché à rendre plus virulente en la transportant rapidement d'un bouillon dans un autre, mais cependant je ne veux pas être très affirmatif à ce sujet. Je crois pouvoir terminer ce travail par ces conclusions :

1° Il existe dans les adénites tuberculeuses, dans les abcès séreux et dans les périostites albumineuses, des staphylocoques qui sont tantôt blancs, tantôt jaunes, tantôt orangés, et qui possèdent la propriété commune de ne pas liquéfier la gélatine;

2° Avec des cultures de ces microbes, il est possible de produire expérimentalement par inoculation intraveineuse à des lapins des *arthrites déformantes*, des *périostites diaphysaires avec décollement épiphysaire et collection albumineuse*, et des *œdèmes dans les parties molles*, et par inoculation sous-cutanée à des cobayes des *ostéo-myélites nécrosantes* se manifestant par des décollements épiphysaires.

M. Lannelongue (de Paris). — J'ai écouté avec d'autant plus d'attention la communication de M. Dor que j'ai expérimenté avec mon collaborateur M. Achard dans le même sens, et que j'ai obtenu des résultats analogues à ceux de M. Dor; ils ont été publiés dans les *Annales* de Pasteur en 1891 et trois planches y reproduisent les lésions obtenues. M. Dor interprète d'une certaine manière ses résultats; je ne puis partager son opinion sur tous les points. Il considère les décollements épiphysaires qu'il a

obtenus avec ou sans suppuration comme le résultat d'un processus de nécrose particulier, de même qu'il envisage comme étant aussi une forme propre, une ostéo-arthrite avec un épanchement séreux. Il pense que la présence de ce liquide séreux rappelle la périostite albumineuse décrite par Poncet en 1874 d'après les observations d'Ollier. M. Dor n'est pas non plus très explicite sur le microbe dont les produits solubles ont déterminé ces résultats.

En examinant avec soin les pièces que nous présente M. Dor, on reconnaît que toutes, sauf une, qui est à part, produisent les divers types expérimentaux de l'ostéomyélite par l'un des staphylocoques. On y trouve toutes les altérations diverses : décollements épiphysaires, foyers de nécrose, hyperostoses plus ou moins volumineuses diaphysaires et diaphyso-épiphysaires. L'importance de ces altérations est en rapport avec le degré de virulence des produits qui les ont déterminées. A ce point de vue, je rappellerai un certain nombre de faits expérimentaux qui contribuent à éclairer la clinique. Si on injecte dans le sang d'un jeune lapin par la veine de l'oreille des cultures très virulentes d'un staphylocoque, l'animal peut succomber en deux, trois, quatre ou cinq jours, sans présenter de foyers purulents à proprement parler; la moelle osseuse peut être très congestionnée, hémorragique même sans qu'il y ait du pus. On peut encore y découvrir un premier degré de décollement épiphysaire et des petits séquestres qui commencent à se séparer.

Si les cultures sont moins actives, l'animal résistera plus ou moins et même pourra vivre. Il présentera alors sur divers points du squelette les altérations bien connues de l'ostéomyélite, associées d'habitude à de petits abcès, mais pas nécessairement. Le pus d'ailleurs peut avoir existé à un moment donné dans l'os et avoir été résorbé; il s'y montre parfois sous la forme de petites infiltrations à peine visibles. On ne le reconnaît dans les épiphyses qu'à la condition de faire au couteau des coupes multiples qui n'ont pas été pratiquées sur les pièces qu'on nous présente. Le pus disparaît surtout chez les animaux qu'on laisse vivre; chez eux les altérations se réparent, les os deviennent plus volumineux, irréguliers, la moelle montre parfois un aspect gélatineux.

Dans les articulations, on trouve également du pus, un liquide séreux, tout comme on peut rencontrer le même liquide séreux dans un foyer des parties molles. Chez l'homme atteint d'ostéomyélite on observe les mêmes choses; il y a longtemps que je me suis élevé contre l'interprétation donnée des périostites dites albumineuses. Je crois, et cette opinion est aujourd'hui très acceptée, que la périostite albumineuse n'est qu'une ostéomyélite. Les

observations diverses publiées par Poncet et d'autres auteurs depuis montrent la physionomie la plus nette de l'ostéomyélite avec les altérations de cette affection, et la présence d'un liquide séreux s'explique par l'un des deux mécanismes suivants : ou bien c'est le pus d'un abcès qui s'est modifié au point de devenir séreux; ou bien, et c'est plutôt cette seconde interprétation que je crois plus vraie, le liquide n'a jamais été franchement purulent, mais simplement séreux. L'irritation du tissu par le staphylocoque aboutit alors simplement à l'infiltration séreuse ou à une collection séreuse, fait qui n'a rien d'extraordinaire en lui-même; seulement ici cette collection repose sur l'os lui-même ou part de cet os.

Dans les ostéomyélites de quelques mois de durée, j'ai signalé l'existence des cavités intra-osseuses remplies d'un liquide séreux, elles peuvent provenir d'abcès osseux transformés ou se montrer sous la forme séreuse d'emblée.

Je me résume : les faits qui viennent de nous être présentés résultent de la virulence ou de l'atténuation de cette virulence dans les produits fabriqués par le staphylocoque.

Toutefois il est une pièce qui se sépare des autres en ce sens qu'elle est assez comparable à ce qu'on observe dans l'arthrite déformante; le lapin dont elle provient a survécu un an à l'inoculation.

Des urétrotomies complémentaires,

Par le Dr Desnos (de Paris).

Si importants que soient les progrès réalisés dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, personne ne peut encore aujourd'hui prétendre à une guérison définitive de ces affections. Quelques rares rétrécis conservent un canal libre sans aucun soin consécutif, mais la récidive est la règle avec des variétés infinies dans la rapidité de la production, la résistance, l'étendue des strictures. La cause de ces faits échappe souvent, mais il est, croyons-nous, possible de l'établir dans un certain nombre de cas que nous allons étudier.

Lorsqu'un rétrécissement a cédé après l'emploi d'un procédé quelconque, dilatation, urétrotomie, divulsion ou autre, il est indispensable de pratiquer le cathétérisme à des intervalles réguliers et plus ou moins espacés; si, après quelques séances, on constate qu'une bougie d'un calibre suffisant, n° 22 ou 24 par exemple, passe sans difficulté, on se contente de prescrire la con-

tinuation de ce cathétérisme, et on considère le traitement comme terminé. Or il arrive très souvent que la disparition du rétrécissement n'est qu'apparente; grâce à une exploration minutieuse et attentive de l'urètre, il est facile de faire un diagnostic précis des lésions du canal survivant au traitement et d'établir le pronostic.

En effet, il ne suffit pas qu'une bougie pénètre facilement pour qu'on ait le droit d'affirmer que le canal est libre; dans beaucoup de cas, il est encore occupé par une série de brides qui, surtout après une urétrotomie interne, présentent une élasticité telle qu'elles cèdent et s'écartent sous la moindre pression; la résistance est si faible que la main la perçoit à peine. Mais qu'on veuille bien substituer à la bougie conique de gomme ou au béniqué dont on s'est servi un instrument explorateur, tel qu'une bougie à boule, les sensations vont devenir bien différentes. Au lieu de constater que l'instrument glisse doucement sur une paroi lisse et unie, on le sent arrêté par une ou plusieurs saillies contre lesquelles le talon de la bougie vient buter. Quelquefois un peu diffuses pendant l'introduction, ces sensations acquièrent une plus grande netteté pendant le retrait de l'instrument, en même temps que les causes d'erreur disparaissent.

La constatation de ces saillies intra-urétrales est de la plus grande importance; elles sont constituées par des anneaux fibreux quelquefois durs et résistants, et alors évidents pendant l'exploration la plus superficielle; ailleurs, au contraire, élastiques et extensibles. Toutes les fois qu'après le traitement d'un rétrécissement, par quelque procédé que ce soit, l'existence de ces brides est constatée, on assiste à la production d'une récidive, dont la rapidité plus ou moins grande n'est pas toujours en rapport avec la dureté et la résistance. Par contre, lorsque, après la dilatation, une boule d'un volume convenable parcourt l'urètre d'un bout à l'autre sans buter contre un obstacle et qu'elle glisse librement, le canal conserve longtemps ses dimensions, et, chez plusieurs malades, j'ai constaté que la guérison se maintient depuis plusieurs années sans aucun traitement consécutif.

Aussi le diagnostic de ces brides doit-il être fait avec la plus grande exactitude. Pour cela, des bougies coniques ou cylindriques ne sont d'aucune utilité; car ces instruments mettent en jeu l'élasticité de la bride qu'il s'agit de reconnaître. Nous ferons le même reproche aux urétromètres, si ingénieux qu'ils soient, qui exercent tous une certaine action dilatatrice et peuvent laisser ignorer l'existence d'un rétrécissement très élastique. Quant à l'urétroscope, il met bien la muqueuse sous les yeux de l'observateur, mais il risque de refouler et d'effacer un léger pli. C'est

l'explorateur à boule qui donnera les renseignements les plus précis. Les modèles les plus usuels suffisent presque toujours. il est nécessaire d'en avoir à sa disposition une série bien complète, comprenant tous les numéros de la filière.

Toutefois, si cet instrument renseigne d'une manière précise sur le point de l'urètre où existe un rétrécissement et sur le calibre de celui-ci, il n'indique pas quelle est la paroi où siège l'obstacle ou au moins celle au niveau de laquelle la saillie est le plus prononcée. Pour établir ce diagnostic précis, il faut un explorateur dont l'olive fasse saillie sur un côté seulement: les instruments de gomme ainsi disposés sont imparfaits; il n'en est pas de même des explorateurs métalliques à boule, analogues au modèle du professeur Guyon : une boule ovoïde, sectionnée à arête vive, est fixée par sa périphérie à une tige flexible; elle fait saillie sur un seul côté; si une bride n'occupe qu'une paroi de l'urètre, l'inférieure, par exemple, elle bute au retour contre cette bride, quand la saillie est tournée en bas; elle chemine au contraire sans difficulté quand elle est en contact avec la paroi supérieure, qui est lisse sur toute son étendue. Nous avons légèrement modifié cet instrument en rendant l'arête de l'olive plus vive et en augmentant la résistance de la tige qui avait une tendance à se plier pendant l'introduction.

La connaissance exacte du siège et de la nature des lésions urétrales conduit à un traitement rationnel. Tant qu'une bride fibreuse existera, la récidive est certaine; elle se fera à une époque plus ou moins prochaine; sa destruction s'impose donc, et elle est possible dans presque tous les cas; un seul moyen nous a paru susceptible de l'assurer, c'est la section ou plutôt des sections multiples.

En effet, nous avons vu que la dilatation est insuffisante; une bougie refoule excentriquement l'anneau, mais son élasticité lui fait reprendre bientôt son diamètre primitif. Une dilatation plus ou moins brusque, telle que la divulsion ou ses analogues, agit sur une étendue toujours grande de l'urètre et manque de la précision voulue. J'en dirai autant de l'urétrotomie à l'aide de l'instrument de Maisonneuve plus ou moins modifié. Il ne sectionne, il est vrai, que les points rétrécis, lorsque le rétrécissement est très serré; mais il ne saurait convenir aux rétrécissements larges, car alors il faudrait employer une lame d'une largeur considérable pour mettre la muqueuse en tension; celle-ci pourrait alors être intéressée dans ses parties saines.

L'instrument de Civiale et ses analogues ne présentent pas les mêmes inconvénients. Grâce à la boule terminale, on peut s'arrêter exactement au point rétréci, faire saillir la lame dans une

tendue déterminée, donner ainsi à la section une profondeur variable et la pratiquer sur une quelconque des parois. Ces points ont été depuis longtemps mis en lumière par le professeur Guyon. Comme il est nécessaire d'apporter une précision absolue, j'ai fait faire quelques modifications à cet instrument et j'ai rendu la boule terminale mobile; on peut pour chaque point rétréci visser sur l'appareil une boule différente qui correspond exactement au diamètre de la stricture.

Il est indispensable, pour obtenir, sinon la guérison, du moins un résultat durable, de pratiquer des sections *profondes et multiples* de chaque anneau fibreux, plus profondes qu'on ne le conseille généralement. Cela faisant, on s'exposerait à provoquer de graves hémorragies si d'emblée on donnait à la section une profondeur suffisante pour intéresser toute l'épaisseur de l'anneau. C'est par opérations *successives* qu'on doit procéder; le rétrécissement étant reconnu, on dispose sur un urétrotome une boule d'un calibre convenable, puis on donne à la lame une saillie telle qu'elle ne dépasse que de 1 à 2 millimètres la circonférence de cette boule, et on ramène l'instrument en avant pour procéder à la section. Jamais on ne produit ainsi d'hémorragie; suivant les cas, on répète la même section sur un ou plusieurs autres points de l'anneau. Puis on laisse écouler un temps plus ou moins long, quinze à vingt jours par exemple, au bout desquels on explore de nouveau l'urètre, par les moyens que j'ai décrits. Si on rencontre encore des saillies intra-urétrales, on le sectionne de même, toujours en limitant l'incision à une faible profondeur et à une petite étendue.

Il est quelquefois nécessaire de procéder à un certain nombre de ces urétrotomies secondaires; dans plusieurs cas, 3, 4 et même 6 opérations ont dû être pratiquées à quelques semaines d'intervalle. C'est donc un traitement prolongé et un peu compliqué que je viens de décrire; mais je crois que c'est aujourd'hui celui qui assure le mieux le maintien du calibre rétabli de l'urètre.

En résumé, le traitement des rétrécissements de l'urètre ne peut être considéré comme terminé que lorsque les parois de celui-ci seront partout devenues lisses et unies et n'offriront aucun ressaut au passage d'un explorateur convenable. Dans certains cas, on ne peut obtenir ce résultat que par des sections; or les deux points sur lesquels le but de cette communication est d'appeler l'attention sont les suivants : 1° la nécessité de pratiquer des sections profondes, intéressant toute l'épaisseur de la bride ou de l'anneau fibreux; 4° la nécessité, pour obtenir ce résultat sans danger, de recourir à des incisions peu profondes, multiples et répétées autant de fois qu'il sera nécessaire.

M. LAVAUX. — Je tiens à rassurer les confrères qui s'occupent de chirurgie générale et qui viennent d'entendre les orateurs précédents. J'affirme qu'il n'est pas de traitement chirurgical plus simple aujourd'hui que celui des rétrécissements de l'urètre. Lorsqu'un procédé de force est nécessaire, il suffit en général, après l'opération, d'un cathétérisme ordinaire pratiqué tous les mois pour éviter la récidive. Les instruments compliqués que l'on vient de nous décrire sont inutiles.

Séance du samedi 8 avril (soir).

COMITÉ SECRET

M. Picqué, secrétaire général adjoint, fait en son nom et en celui de M. le professeur Lannelongue l'exposé de leurs démarches en vue d'obtenir la reconnaissance d'utilité publique. Il annonce que le dossier est en ce moment au Conseil d'État et que le vœu exprimé à cet égard par le Congrès est sur le point d'être réalisé. Il ajoute qu'un généreux donateur, qui veut pour le moment rester anonyme, s'est déjà fait inscrire pour une somme de 3000 francs, dès que le décret du gouvernement aura paru.

M. le Président propose pour la date du prochain congrès le troisième lundi d'octobre, conformément à la délibération de l'assemblée générale du mois d'avril 1892.

Cette date est votée.

Lecture est faite des questions adoptées par le comité permanent pour la prochaine session :

I. — *De l'étiologie et de la pathogénie du cancer.*

II. — *Chirurgie du rachis.*

L'assemblée procède ensuite à la nomination du Bureau pour 1894. — Sont nommés :

Président : M. le professeur Tillaux (Paris);

Vice-président : M. A. Guérin (Paris);

Secrétaire général : M. S. Pozzi;

Secrétaire général adjoint : M. L. Picqué;

Secrétaires : MM. Coudray, L.-H. Petit, A. Broca, M. Baudouin;

Trésorier : M. F. Alcan, éditeur du Congrès.

L'assemblée procède ensuite à la nomination d'un membre du comité permanent en remplacement de M. Horteloup, décédé : M. P. Berger est élu à l'unanimité.

La séance est levée à 4 heures.

Séance publique.

Présidence de M. le Professeur Kœberlé.

Physiologie pathologique du tissu inodulaire des brûlures.

Par le Dr A. Guérin, Chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

Tous les chirurgiens savent que le tissu de cicatrice, appelé inodulaire par Delpech, est doué d'une rétractilité qui cause des difformités fâcheuses. Cette propriété est surtout remarquable lorsqu'elle s'exerce à la suite des brûlures. Il y a longtemps que Dupuytren a noté le fait : « Un phénomène qui, dit-il, n'est propre pour ainsi dire qu'aux brûlures, et qu'aucun autre genre de plaie avec perte de substance n'offre à un degré comparable, c'est la force avec laquelle la circonférence de la plaie est attirée vers le centre. Quel que soit l'éloignement des bords, ils tendent incessamment à se mettre en contact. »

Si l'on recherche dans les écrits qui ont trait aux brûlures et à la production des cicatrices, la cause de cette force de rétraction, on ne trouve absolument rien, on constate le fait sans chercher à l'expliquer.

Quand la peau est détruite par attrition, dans une grande étendue, il semble que la réparation de la grande plaie qui en résulte devrait se faire par un tissu inodulaire semblable à celui qui se produit dans les cas de brûlure; dans l'un et l'autre cas, la cicatrisation se fait par la production de bourgeons charnus qui ont la plus grande analogie. Leur aspect étant le même, pourquoi le tissu qu'ils sont destinés à engendrer, diffère-t-il dans les brûlures et dans les plaies qui résultent d'un traumatisme?

Cette différence s'observe même dans les cas où la perte de substance est le fait d'un agent septique : nous avons tous vu les abominables plaies qui résultent des larges anthrax abandonnés à eux-mêmes. J'en ai, pour ma part, observé qui dataient de plusieurs mois et qui n'avaient pas la moindre tendance à se cicatriser. Il semble que dans ce cas le tissu inodulaire devrait avoir une grande analogie avec celui des brûlures. Il n'en est rien.

Tandis que les brûlures donnent lieu à des pertes de substance qui se ferment par un tissu inodulaire attirant les bords vers le centre, les grandes plaies provenant de la destruction de la peau par un anthrax, n'engendrent qu'un tissu inodulaire qui paraît

n'avoir qu'une tendance, celle de se rétracter sur lui-même, en recroquevillant la peau.

Quelle est donc la force à laquelle obéissent les tissus de nouvelle formation à la suite des brûlures?

Il ne suffit pas de dire que le tissu inodulaire est rétractile; cela est admis par tout le monde. Mais pourquoi a-t-il cette propriété à un degré différent dans les plaies ordinaires et dans celles qui proviennent d'une brûlure?

J'ai vainement cherché cette explication dans les auteurs qui se sont occupés du tissu des cicatrices; après avoir constaté les difformités qui résultent de la rétractilité du tissu inodulaire, tous conseillent de lutter contre cette force vitale, par des appareils, par l'extension, etc., mais personne n'aborde la question étiologique.

Ce n'est pourtant qu'après avoir étudié cette question que l'on pourra parvenir à guérir les brûlures profondes sans difformités.

J'espérais que les histologistes m'éclaireraient à ce sujet. J'ai consulté les plus compétents qui m'ont paru n'y avoir jamais pensé. Je constate le fait pour m'excuser de venir traiter ce sujet devant vous. Voici mon explication :

Quand la peau est détruite par un instrument tranchant et même par un corps contondant, la lésion est limitée aux tissus destinés à être éliminés par la mortification ou par le travail de suppuration; dans la brûlure il en est tout autrement. Ici, la partie détruite n'a pas été seule à subir l'action du calorique. Il se passe dans un corps vivant quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans un morceau de bois qui brûle : à côté de la substance qui flambe, le bois s'échauffe à une distance plus ou moins grande; s'il renferme de l'humidité, on voit l'eau sourdre à l'extrémité, c'est-à-dire au point de la section du morceau de bois que l'on observe. Si le bois est encore sur pied, comme dans l'incendie d'une forêt, l'arbre peut être brûlé plus ou moins profondément, de sorte qu'une partie se dessèche et meurt, tandis qu'une autre qui a été moins atteinte par la chaleur, quoique souffrante, donne encore des feuilles l'année suivante, pour mourir bientôt.

Le feu a donc une action destructive qui, frappant de mort les tissus vivants, produit plus ou moins loin une atteinte à la vie, d'où résulte l'incapacité pour les tissus d'engendrer une cicatrice normale.

Dupuytren n'a pas formulé cette opinion, mais il avait bien vu que la brûlure porte atteinte à la vie des tissus voisins de la plaie. « La peau qui borde l'eschare, dit-il, est froncée et comme grippée; les plis rayonnés qu'elle forme autour de la partie

brûlée indiquent le degré de racornissement que celle-ci a subi. »

Il ne faut pas que l'on m'objecte que rien de semblable à ce qui se passe dans un morceau de bois qui brûle, n'existe dans une des brûlures que nous sommes appelés à traiter. Ici, l'extension de l'action nocive du calorique est encore plus manifeste : ce n'est plus de l'eau qui entre en ébullition; c'est de la graisse qui fond, et va, de proche en proche, troubler la vie des tissus voisins. De cette action résulte une inflammation latente qui rend le derme et les vaisseaux impropres à engendrer un tissu semblable à celui qui succède à une plaie ordinaire. Le tissu inodulaire sera malade parce qu'il sera né au milieu de tissus qui ne sont pas parfaitement sains. Comme conséquence, la cicatrice devra subir la loi des tissus fibreux enflammés.

Dans cet ordre d'idées, les efforts du chirurgien devront donc tendre à rétablir une circulation normale dans les tissus qui doivent présider à la cicatrisation.

Par la compression bien faite, on obtient ce résultat.

Si je démontre cette proposition, j'aurai prouvé l'influence du milieu malade, générateur du tissu inodulaire.

Dès 1815, Bretonneau avait eu recours à la compression pour les brûlures des trois premiers degrés. Velpeau, son élève, comprit aussi l'importance de cette méthode pour modérer les conséquences de la rétractilité du tissu inodulaire.

Mais comment obtenir une compression efficace et modérée avec des bandes? On le tenterait en vain, c'est pour cela que cette méthode a, depuis longtemps, été abandonnée.

L'interposition d'une substance élastique qui modère la compression et permette de la maintenir au degré voulu est indispensable.

C'est en poursuivant mes études sur le pansement ouaté, que je suis arrivé à découvrir que le tissu inodulaire qui succède aux brûlures peut naître dans des conditions favorables à sa vitalité normale.

Si par un traitement qui modère la circulation et s'oppose à l'inflammation, on parvient à conjurer la formation des brides cicatricielles et la maladie de la cicatrice, on aura démontré que la cause de la rétractilité du tissu inodulaire qui succède aux brûlures est de nature inflammatoire.

Si vous voulez suivre la pratique que je conseille, vous ne tarderez pas à en être convaincus.

Je ne veux pas parler de l'efficacité de la ouate pour calmer les douleurs de la brûlure. Le filtrage de l'air, en empêchant les impuretés atmosphériques d'arriver sur la plaie est, certaine-

ment, un des éléments de la guérison; mais, seul, ce moyen serait insuffisant pour prévenir l'inflammation sourde des tissus qui doivent être le foyer de la production du tissu inodulaire. C'est l'ischémie que l'on obtient par la compression, qui est le véritable antagoniste de la rétraction. Sous son influence, les vaisseaux sanguins n'apportent plus dans la partie malade que la quantité de sang nécessaire à l'entretien de la vie, et la stagnation du sang et de la lymphe devient ainsi impossible, pourtant, pas d'inflammation de la cicatrice.

On ne peut obtenir ce résultat que par l'interposition d'une couche épaisse de ouate entre la partie malade et les bandes qui servent à la compression. Tant que l'on a voulu comprimer sans recourir à cet artifice, on s'est opposé à la libre circulation du sang et de la lymphe; souvent même, des mortifications plus ou moins étendues ont été la conséquence d'une compression mal faite.

Quand elle est pratiquée *secundum artem*, on est très surpris, à la levée de l'appareil, qui permet de constater que les tissus sont réduits à leur plus simple expression. Je me rappelle toujours l'exclamation de M. Esmarch, quand il assista au pansement d'un de mes malades. « Vous faites, me dit-il, l'ischémie comme je la fais avec ma bande de caoutchouc? »

C'est cette ischémie qui s'oppose à la production de l'inflammation des tissus générateurs du tissu inodulaire.

Il me resterait à démontrer que, dans ces conditions, le tissu inodulaire n'est plus susceptible que d'une rétractilité contre laquelle il est facile de lutter, mais j'ai publié ailleurs des faits qui ne permettent pas de douter de ce résultat.

Si j'avais pu prévoir que je ferais cette communication, j'aurais pu vous montrer un jeune homme que j'ai rencontré, récemment, en sortant de l'Académie : il y a quinze ans, il eut une brûlure du 4e degré (Dupuytren) de toute la face antérieure du bras et de l'avant-bras, depuis l'épaule jusqu'à la main.

Les parties latérales du membre avaient même été atteintes dans une assez grande étendue. Le tissu cellulaire sous-jacent à la peau ayant été brûlé, la veine médiane céphalique avait été ouverte et laissait sortir le sang comme dans une saignée; il fallut sept ou huit mois pour obtenir la guérison, mais elle est si complète que les deux bras sont parfaitement semblables: le membre brûlé est doué de tous les mouvements et son extension est parfaite.

Comme je n'ai voulu étudier que la physiologie pathologique du tissu inodulaire, je ne donnerai pas une plus grande extension à cette communication en démontrant que la compression

élastique peut être appliquée pour les brûlures du visage comme pour celles des membres. J'aurais à ce sujet des observations prouvant que les difformités telles que l'ectropion, peuvent être prévenues.

Je veux seulement insister sur un accident fréquent du tissu de cicatrice, quand les parties brûlées n'ont pas été soumises à la compression : souvent le tissu est de la nature des chéloïdes, et l'on y voit un bourrelet, quelquefois même de petites tumeurs rouges qui ne se recouvrent qu'à la longue d'un épiderme normal. Il est impossible de ne pas voir là un produit de l'inflammation, que l'on n'observe jamais quand on a eu recours à la compression.

Dupuytren s'était rendu compte du rôle que l'inflammation joue dans les brûlures, car il conseillait d'appliquer des sangsues au voisinage de la partie brûlée.

Aujourd'hui, personne ne sera tenté d'imiter le grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, mais je considère cette intuition comme un argument en faveur de l'opinion que je viens d'exposer.

Je la résume en quelques mots :

1° Si le tissu inodulaire des brûlures est rétractile au point d'engendrer des difformités que l'on n'observe pas à la suite des plaies ordinaires, c'est qu'il a pris naissance dans un foyer inflammatoire;

2° Par la compression élastique, en modérant l'afflux et la stagnation des liquides sanguins et lymphatiques, on s'oppose à cette espèce d'inflammation, et l'on obtient un tissu inodulaire qui ne diffère pas sensiblement de celui qui préside à la guérison d'une plaie ordinaire.

On pourrait peut-être m'objecter que je m'oppose à la rétraction par l'extension des tissus qui sont sollicités dans une direction vicieuse. Je ne nie pas cette influence, mais elle ne suffirait pas pour obtenir une cicatrice non rétractile; nous savons tous, en effet, que, longtemps après la guérison apparente des brûlures, le tissu inodulaire recouvert d'épiderme tend encore à déformer les membres qui en sont le siège.

C'est bien l'ischémie produite par la compression élastique qui engendre les belles cicatrices dont la constitution et l'aspect diffèrent essentiellement du tissu chéloïdien des brûlures.

Kyste dermoïde de l'inion,

Par le Dr Tillaux, Professeur à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

L'observation qui fait l'objet de cette communication se rapporte à un cas relativement très rare. Il s'agit, en effet, d'un kyste dermoïde de l'inion, c'est-à-dire de la région de la protubérance occipitale externe, que nous avons observé à la Pitié, M. Walther et moi, chez un homme de trente-quatre ans; ce kyste était à la fois extracranien et intracranien, et, parmi les faits analogues signalés par M. Lannelongue, il n'en est qu'un qui présente quelque rapport avec le nôtre, que je vais résumer brièvement.

Jusqu'à l'âge de vingt-six ans, notre malade avait joui d'une santé parfaite et n'avait rien constaté d'anormal, lorsqu'il vit apparaître, au niveau de l'occipital, une petite tumeur qui fut considérée comme un kyste sébacé vulgaire. En 1889, il ressentit quelques douleurs au niveau de cette tumeur, mais ce fut seulement l'année suivante qu'il accusa des troubles nerveux vraiment caractérisés, tels que fourmillements du bras, fourmillements douloureux dans la langue, absence de mémoire, etc. Il fut opéré en province dans le courant de l'année 1888; on constata une communication avec une poche intérieure et l'on n'alla pas plus loin. Il en résulta la formation d'une fistule persistante et les troubles nerveux ne furent en rien améliorés. C'est dans ces conditions que le malade est venu nous trouver l'année dernière. M. Walther l'opéra le 10 février et, lorsqu'on eut agrandi l'orifice osseux, nous trouvâmes une poche intracranienne, du volume d'un œuf de poule, adhérente à la dure-mère et confondue entièrement avec elle : elle renfermait un tube à drainage qui y avait été oublié lors de la précédente intervention. En raison des adhérences du kyste, nous ne pûmes détruire complètement ses parois et on dut renoncer à fermer la plaie; il s'est produit, dans la suite, un retrait graduel et progessif de la poche, et, bien que ce retrait ne soit pas encore aujourd'hui complet, le malade est absolument guéri, ses douleurs ont complètement disparu et son état est excellent.

De la réunion immédiate après l'opération de Phelps,

Par le Dr Ch. Willems, de Gand (Belgique).

Depuis que l'opération de Phelps a été introduite dans la pratique, elle est considérée, par un grand nombre de chirurgiens,

comme l'opération de choix, pour toute une catégorie des pieds bots congénitaux. Elle permet d'obtenir le redressement par simple incision des parties molles, dans beaucoup de cas pour lesquels on n'avait autrefois que la ressource des résections osseuses, opérations infiniment plus compliquées, et qui peuvent n'être pas sans influence fâcheuse sur l'accroissement ultérieur du membre.

J'ai moi-même pratiqué l'opération de Phelps dans une dizaine de cas, et j'en ai été on ne peut plus satisfait. Je fais habituellement une incision assez longue, empiétant même notablement sur la plante du pied, de manière à pouvoir couper à ciel ouvert l'aponévrose plantaire, dont la section, pour ce que j'en ai vu, est souvent indispensable au redressement. On obtient ainsi, sur la face interne du pied, une plaie linéaire que la réduction du membre en bonne position rend largement béante, et dont le fond est constitué par le scaphoïde ou par l'articulation astragalo-scaphoïdienne, qui est assez souvent ouverte. Cette plaie est soigneusement bourrée au moyen de gaze iodoformée et abandonnée à la réunion secondaire. La cicatrisation complète demande un temps variable, jamais moins d'un mois, souvent deux mois et plus, en nous plaçant bien entendu dans les conditions les plus favorables, en supposant l'opération et le traitement consécutif conduits aseptiquement, et la suppuration absente. On obtient alors, en fin de compte, une cicatrice fortement rétractée, formant au bord interne du pied une encoche irrégulière et très profonde.

A priori déjà, on pouvait craindre que le travail de rétraction, se produisant dans cette cicatrice, n'exposât à la récidive, et, en effet, pareil accident a été signalé de divers côtés. Sans doute, il est possible de s'opposer efficacement à la récidive, en faisant suivre l'opération d'un traitement orthopédique prolongé et, de fait, dans ceux de mes cas que j'ai pu suivre longtemps, la récidive ne s'est pas montrée. Mais ce traitement prolongé suppose chez les parents plus de patience qu'on n'en trouve souvent, surtout dans la clientèle hospitalière : pour les enfants de cette dernière catégorie, j'estime que les traitements les plus courts sont les meilleurs.

C'est dans ce double but, d'obtenir une guérison plus rapide, et de mettre au bord interne du pied le moins de tissu cicatriciel possible, que j'ai essayé d'obtenir, après l'opération de Phelps, la réunion par première intention.

Dans un premier cas, j'ai tenté de suturer la plaie dans le sens opposé à celui de l'incision, c'est-à-dire en essayant de constituer une ligne de réunion horizontale. Je voulais ainsi allonger les parties molles du bord interne. Mais il me fut impossible d'amener

au contact les lèvres de la solution de continuité. Tout au plus, parvins-je à rapprocher les extrémités latérales et à rétrécir la partie moyenne de la plaie.

Ce résultat, déjà fort incomplet, ne se maintint même pas. Au bout de trois jours, lorsque je levai le pansement, je constatai que les crins de Florence avaient déchiré les bords de la plaie, et que celle-ci s'était entièrement réouverte. Cette expérience était suffisante pour me prouver l'impossibilité de la suture.

Dans un autre cas, et toujours dans le but d'obtenir la réunion primitive, j'essayais de transplanter sur la plaie un lambeau de peau, et, cette fois, le succès fut complet.

Il s'agissait d'un garçon de sept ans et demi [1], atteint de pied varus congénital gauche, variété moyenne de la déformation. Ce qui dominait chez lui, c'était l'inflexion du bord interne et de la plante; l'équinisme se corrigeait facilement, et la saillie dorsale du tarse était faible. L'enfant marchait sur le bord externe et la partie correspondante de la face dorsale du pied. Quand on essayait de corriger le pied creux, on sentait se tendre les parties molles du bord interne et l'aponévrose plantaire.

Je pratiquai une longue incision, d'environ 4 centimètres, descendant sur la plante; je coupai toutes les parties molles jusqu'aux os, y compris l'aponévrose plantaire. L'articulation astragalo-scaphoïdienne fut ouverte. Je fis un peu de compression pour arrêter l'hémorragie, d'ailleurs assez faible. Puis je pris sur la face antérieure de l'avant-bras un lambeau, mesurant environ 6 centimètres de long sur 5 de large; après l'avoir soigneusement dépouillé de la couche graisseuse sous-cutanée, je m'en servis pour recouvrir la plaie du pied, en ayant soin de la fixer d'abord aux angles supérieur et inférieur, de manière à plier le lambeau en deux, et à mettre le pli en contact avec le sommet de l'angle dièdre formé par la plaie. Après la suture circulaire, le lambeau est blanc mat, absolument exsangue. J'applique un pansement iodoformé ordinaire, recouvert d'une bande plâtrée.

Les suites furent très simples. A aucun moment, il n'y eut de fièvre, ni de douleur. Le premier pansement fut fait cinq jours après l'opération et je constatai que le lambeau était bien vivant, et avait pris la couleur de la peau voisine. Le pansement était entièrement sec; pas trace de pus.

Onze jours après l'opération, je retirai tous les points de suture; la réunion était faite par première intention.

Il est évident, messieurs, que ce seul fait ne me permettrait de tirer aucune conclusion, si nous ne savions, par l'expérience

1. Résumé de l'observation, recueillie par M. Burvenich, externe du service.

de tous les jours, que la transplantation de lambeaux de peau sur des plaies fraîches constitue une méthode sur laquelle on peut absolument compter. On peut donc être assuré qu'il en sera de la plaie de l'opération de Phelps comme de toutes les autres, que les lambeaux cutanés dont on la recouvrira *prendront* presque toujours, si l'on opère aseptiquement. Il y a seulement à tenir compte de la forme particulière de la plaie, en angle dièdre, qui rend le contact parfait un peu plus difficile à obtenir que pour les plaies à surface plane. C'est en raison de cette particularité que je recommanderai de prendre le lambeau très grand, de manière que la suture ne lui fasse subir aucune traction. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, que les dimensions de ces morceaux de peau, qui peuvent paraître excessives au premier moment diminuent dans la suite par le fait de la rétraction.

En résumé, j'estime que nous aurons désormais dans la transplantation cutanée un moyen sûr d'obtenir la réunion par première intention après l'opération de Phelps, d'abréger par conséquent le traitement consécutif et, en laissant moins de tissu cicatriciel au bord interne du pied, de diminuer d'autant les chances de récidive.

Fracture de l'avant-bras vicieusement consolidée, perte de la supination. — Ostéotomie,

Par le Professeur Jaques-L. Reverdin (de Genève).

Il y a un peu plus de deux ans, j'ai été consulté par un malade qui, à la suite d'une fracture de l'avant-bras, probablement du radius seul, avait guéri dans une attitude vicieuse de telle façon que la main, en pronation complète, ne pouvait exécuter de mouvements de supination un peu marqués; l'usage du membre était donc à peu près supprimé et, bien que cette impotence datât de l'enfance, il désirait vivement obtenir au prix d'une opération une amélioration de son état; j'y réussis, mieux même que je ne le pensais, au moyen d'une ostéotomie.

Les recherches que j'ai pu faire ne m'ont pas fait rencontrer de cas semblable dans la littérature et je n'ai rien trouvé sur ce sujet dans les deux plus récents traités d'orthopédie, ceux de Hoffa et de Redard. L'ostéotomie a été, il est vrai, appliquée à la correction des cals vicieux dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et vous connaissez les opérations de Margary, de Duplay et de Bouilly, mais elles n'ont pas de rapport avec celle que je vais vous communiquer.

Observation. — Le 10 décembre 1890, M. X..., âgé de cinquante-six ans, se présente à moi, me demandant de lui faire une opération pour remédier à une difformité acquise de l'avant-bras gauche ; à l'âge de cinq ans, il fit une chute dans laquelle il se cassa cet avant-bras un peu au-dessous de la partie moyenne. Un chirurgien appelé appliqua un appareil, mais, quelques jours plus tard, un médecin, ami de la maison, le voyant très souffrant, défit ledit appareil et ne le remit pas ; en effet, il s'était formé, dit le malade, des plaies à la face antérieure et à la face postérieure du membre ; la fracture guérit, mais le membre resta difforme. Toute ma vie, dit-il, a été empoisonnée par cette difformité qui gêne les mouvements et qui me fait horreur, parce que cela a l'air d'un vice congénital ; j'aimerais mieux avoir le bras coupé.

L'examen montre immédiatement de quoi il s'agit : la main se trouve en pronation complète et ne peut être ramenée en supination ; la partie supérieure de l'avant-bras au contraire paraît être en supination presque complète. Dans son tiers supérieur, l'avant-bras est à peu près normal quoique un peu atrophié, mais vers son tiers moyen il se rétrécit, devient cylindrique et le radius, au lieu de se trouver en dehors, se trouve en avant, puis tout en bas la pronation est complète.

Un peu au-dessous de la partie moyenne on sent un épaississement du radius qui paraît dû à un ancien cal ; rien du côté du cubitus.

L'espace interosseux paraît un peu rétréci, mais il existe. Il n'y a pas de synostose, car on peut forcer encore un peu la pronation et, dans ce mouvement, le doigt appliqué sur la tête du radius la sent nettement tourner.

Les muscles sont atrophiés, mais ils réagissent bien au courant induit. Sur les deux faces de l'avant-bras on voit deux longues bandes cicatricielles non adhérentes et probablement consécutives à des escarres. Les mouvements de la main et des doigts sont très gênés ; le poignet et les doigts sont fléchis et ne peuvent s'étendre que fort incomplètement. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité, mais il y a des troubles circulatoires : la main est plus rouge, elle se refroidit plus facilement que l'autre. Les pulsations de la radiale sont égales des deux côtés.

La santé générale est bonne, cœur et poumons sains, ni sucre ni albumine.

J'ai dit les raisons que me donne le malade pour réclamer une opération, elles me paraissent insuffisantes ; il y a cinquante ans que la difformité existe, elle gêne les mouvements, il est vrai, il ne peut prendre un verre et le porter à la bouche, mais il s'agit de la main gauche ; mon premier mouvement est donc de dissuader le malade, d'autant plus que je ne puis lui promettre autre chose qu'une amélioration peut-être minime ; vu l'ancienneté de la lésion, il y a à compter avec la rétraction de tous les tissus et du ligament interosseux en particulier ; il y a en outre quelques dangers à prévoir, le changement des rapports de la radiale peut l'exposer à la compression si par une ostéotomie on arrive à replacer la partie inférieure du radius en supination, et c'est la seule chose qui puisse être tentée. Le malade, malgré tout ce que je puis lui dire, insiste et je finis par céder à son désir.

L'opération est pratiquée le 18 décembre 1890. Éthérisation, Esmarch.

Incision sur le bord externe de l'avant-bras devenu antérieur, le long du bord postérieur du long supinateur et des muscles du pouce, à la partie moyenne de l'avant-bras; je mets à nu la face externe et postérieure du radius au niveau du cal sans inciser le périoste.

Avec l'ostéotome de Mac Ewen j'attaque l'os transversalement, il est fort dur. A un moment donné, il devient plus mou et bientôt les bords de la section s'écartent; il s'est fait au bord interne une fêlure oblique dont se sépare la plus grande épaisseur du fragment inférieur. J'achève la section, coupe et extrais le petit fragment détaché par la fêlure.

On cherche alors à faire tourner la main et par conséquent le fragment inférieur du radius en supination, mais on n'arrive à un résultat suffisant qu'après avoir enlevé une mince tranche osseuse sur le fragment inférieur.

L'avant-bras fléchi à angle droit, la paume de la main regardait en bas et en avant; après la section de l'os, on l'amène à regarder en arrière, c'est-à-dire à être presque parallèle au plan antérieur du tronc, on l'a fait tourner d'un quart de cercle.

Dans ce mouvement, les deux fragments sont très légèrement déplacés suivant l'épaisseur, mais restent en contact immédiat. Je constate que, malgré le changement de position, l'artère radiale bat bien au poignet, peut-être un peu plus faiblement qu'à l'autre membre.

Je ne fais pas de suture osseuse, elle me paraît inutile; je place un drain jusqu'au contact du foyer et le fais sortir par une contre-ouverture à la face postérieure de l'avant-bras; par le fait de la rotation du fragment, les muscles recouvrent d'eux-mêmes le foyer.

Pansement : gaze au sublimé, ouate benzoïque, bande de flanelle. Par-dessus le pansement on maintient la main en position au moyen d'une attelle plâtrée qui remonte jusqu'au-dessus du coude fléchi à angle droit.

Les suites de l'opération ont été absolument simples; il y a eu pendant quelque temps des douleurs assez vives surtout la nuit, un gonflement des doigts avec sensations de crampes et de brûlures; il n'y a pas eu de fièvre et pas une goutte de pus.

Premier pansement, le 30, on enlève le drain; second pansement, le 5 janvier; on enlève les points de suture, réunion complète sauf au niveau du drain.

Le 13, guérison de la plaie achevée, bandage plâtré.

Le malade devant partir, j'enlève le plâtre le 27 janvier. La consolidation est complète, les mouvements de supination et de pronation se transmettent à la tête du radius. L'étendue de la supination passive est notablement augmentée par l'opération, mais les mouvements actifs sont encore peu étendus. La forme de l'avant-bras est complètement changée, il n'est plus comme étranglé et cylindrique à son tiers inférieur. La position de la main se maintient; elle est encore gonflée. Je recommande au malade de faire du massage et de l'électrisation

Au mois de mai je reçois une lettre de mon opéré qui se rend à Balaruc. Il me dit être satisfait du résultat obtenu au point de vue des mouvements et de l'attitude de la main; il ajoute que la circulation y est devenue meilleure; le massage lui a fait du bien.

Je revois moi-même M. X..., en automne 1892. Le résultat s'est maintenu, les mouvements de supination sont possibles, quoique limités; la paume arrive à regarder directement le tronc, l'avant-bras étant fléchi à angle droit; l'attitude du membre est beaucoup plus normale et n'est plus disgracieuse comme avant l'opération; enfin la différence de coloration des deux mains a presque totalement disparu. L'opéré se dit très satisfait.

Le cas était, comme les détails de l'observation vous l'ont montré, des moins favorables, et néanmoins le gain obtenu est évident; je ne doute pas que, dans de meilleures conditions, chez un sujet plus jeune et pour une fracture plus récente, on ne puisse obtenir bien mieux encore; c'est une des raisons qui m'ont engagé à vous faire connaître ce fait.

Plaies du périnée,

Par le Dr C. SEVEREANO, Professeur à la Faculté de médecine de Bucharest (Roumanie).

Nous ne parlerons pas ici de toutes les plaies des organes génitaux, produites par différentes causes, bien connues. La science les a enregistrées et continuera à les enregistrer.

On observe des plaies de cette nature sur les organes génitaux de la femme et de l'homme.

Parmi les plaies des organes génitaux de la femme, nous avons: les plaies de l'hymen, les plaies du périnée, la rupture du vagin.

Ces plaies peuvent être le résultat d'un crime, d'une intervention opératoire, ou reconnaître comme cause un accouchement laborieux.

Elles peuvent être causées aussi par la disproportion entre les organes génitaux de la femme et de l'homme; et dans ces cas, on peut observer une déchirure du périnée et même du vagin. Les cas de déchirure du frein, des corps caverneux et de l'urètre chez l'homme sont bien connus; aussi notre intention n'est pas de faire une étude générale de toutes les plaies des organes génitaux féminins ou masculins, mais seulement de citer quelques cas dans lesquels nous avons été obligé d'intervenir pour combattre une hémorragie inquiétante soit chez l'homme, soit chez la femme.

Je citerai de même l'observation très rare et fort curieuse d'une plaie du périnée chez une femme qui eut la cloison recto-vaginale dissociée par la verge d'un homme.

Chez l'homme, la déchirure du frein de la verge donne lieu à des hémorragies qui deviennent parfois inquiétantes en menaçant par leur abondance les jours du malade.

Dans deux cas de cette nature, j'ai été obligé de lier l'artériole du frein.

Dans les procédés que quelques malades mettent en usage pour redresser le pénis dans la chaudepisse cordée, on produit une déchirure du corps caverneux de l'urètre, et une hémorragie parfois violente s'ensuit, ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas.

Ces procédés de redressement sont au nombre de trois, à savoir : 1° la préhension de la verge avec les deux mains et son redressement brusque ; 2° un coup de poing sur la convexité de la verge, celle-ci reposant sur un plan solide; 3° les rapports sexuels.

Je n'ai pas eu jusqu'ici l'occasion d'observer aucun cas de déchirure des deux corps caverneux de la verge.

J'ai dit que les plaies des organes génitaux de la femme portent sur l'hymen, sur le périnée ou le vagin. Je ne parlerai ici que des plaies produites au moment des rapports sexuels et qui peuvent être la cause d'accidents sérieux ou donner naissance à des difficultés dans les cas médico-légaux.

On sait que la déchirure de l'hymen doit produire une petite hémorragie, mais quelquefois celle-ci peut être assez abondante pour nécessiter la ligature d'un ou de plusieurs vaisseaux ou la ligature en masse d'une frange, comme j'ai eu occasion de faire dans un cas.

Il peut arriver que le périnée soit fendu par suite de disproportion des organes et une hémorragie inquiétante s'ensuivre.

J'ai observé un cas de cette nature et dans lequel la femme avait eu pendant huit jours une hémorragie qui se répétait après chaque rapport sexuel. J'ai eu recours dans ce cas à la ligature en masse, l'artériole ne pouvant être isolée.

Toutes ces plaies ont été causées par le premier rapport sexuel.

On observe quelquefois des hémorragies du périnée, chez les femmes qui, dans un but trompeur — déchirure de l'hymen par des rapports sexuels antérieurs — se font appliquer des sangsues par des matrones. Ces hémorragies peuvent être parfois très abondantes.

On connaît des cas de déchirure du vagin par coït, mais nous n'avons vu aucun exemple.

Ce sont des faits bien observés et cités dans la science.

Ce qui a attiré tout particulièrement notre attention sur ces plaies, est le fait suivant.

La littérature médicale, que je sache, ne possède pas un second cas semblable à celui-ci, surtout que ni la femme, ni l'homme ne présentaient aucune circonstance qui puisse expliquer une pareille plaie.

Nous ne pouvons pas admettre qu'un hymen, un peu plus épaissi (1 à 2 millimètres) et qui présentait deux orifices, ait pu opposer une plus grande résistance que toute l'épaisseur du périnée.

La verge du mari, qui n'était ni volumineuse, ni ossifiée, a pu néanmoins déchirer les téguments et s'enfoncer dans la profondeur des tissus; fendant en deux et dédoublant la cloison recto-vaginale, la verge est allée jusqu'à une profondeur de 8 à 10 centimètres et déchirant le feuillet du rectum, elle a finalement pénétré dans cet intestin.

Ce cas, au point de vue purement chirurgical, n'a d'autre importance que la gravité de toutes les plaies de cette région et surtout des plaies pénétrantes du rectum.

La guérison se fait lentement et souvent, pour ne pas dire toujours, il peut rester une fistule permanente, comme cela est arrivé dans notre cas.

Mais le fait a surtout de l'importance au point de vue médico-légal et il pourrait embarrasser plus d'un, surtout si la femme est de mauvaise foi et qu'elle veut induire en erreur.

Voici maintenant l'observation de ce cas très intéressant.

Observation. — Plaie du périnée (*dissociation de la cloison recto-vaginale pendant le premier rapport sexuel*).

La femme M... J..., ménagère âgée de vingt ans, mariée, habitant Bucharest, de nationalité roumaine, de religion orthodoxe, est entrée dans notre service le 30 novembre 1892, avec le diagnostic de : *Plaie du périnée avec dissociation de la cloison recto-vaginale pendant le premier rapport sexuel.*

I. — *Antécédents héréditaires.* — Son père est mort de la fièvre typhoïde, sa mère est bien portante; la malade a deux frères et deux sœurs en parfaite santé. Les collatéraux sont aussi bien portants.

II. — *Antécédents personnels.* — Comme enfant elle a eu la rougeole. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans elle a été toujours bien portante.

A cet âge elle a été brûlée avec du pétrole, qui lui a laissé des cicatrices sur les membres.

La malade a été réglée à treize ans, actuellement elle a ses règles tous les mois, elles sont peu douloureuses et durent trois à six jours. On ne trouve aucune trace de syphilis, tuberculose, arthritisme ou scrofule.

III. — *Histoire de la maladie.* — La première nuit de noce, qui a eu lieu le 25 novembre 1892, la malade a ressenti une très forte douleur à l'introduction du pénis; elle a commencé à crier et à prier son mari de la laisser. Mais celui-ci ne voulant pas consentir et les douleurs étant de

plus en plus fortes, la malade quitte le décubitus dorsal et s'assied sur son séant; le mari, cette fois-ci encore, n'a voulu cesser à aucun prix et a continué le coït dans cette position. La malade cherchant à se lever le mari, par un effort violent, la coucha et en ce moment elle sentit une douleur très vive, comme si on la coupait avec un couteau, elle croyait cependant « *que ça devait être comme ça* ».

La malade avait de très fortes douleurs et priait son mari de la laisser; mais lui, continua le coït jusqu'à la fin.

Après un premier rapport, le mari voulut recommencer, mais la



Fig. 30. — Plaie du périnée.

femme, d'une part à cause des douleurs qu'elle ressentait, d'autre part, vu l'hémorragie abondante qui avait suivi le premier coït, ne lui permit plus de continuer.

Elle quitta le lit et allant changer de chemise, la première étant mouillée, le sang commença à couler plus abondamment, pendant que la femme était debout.

Le mari s'étant aperçu de l'hémorragie ne fit rien pour l'arrêter, croyant que sa femme pouvait avoir ses règles.

L'hémorragie continua toute la nuit. Le lendemain la malade parla à la tante de son mari de l'hémorragie qu'elle avait et la tante, croyant aussi que l'hémorragie provenait des menstrues, la conseilla de prendre une limonade de citron, mais la malade ne fit rien. Le sang qui avait commencé à couler la nuit du 25 novembre (lundi) continua sans interrup

tion jusqu'au 27 novembre (mercredi). Pendant tout le temps (36 heures) que cette hémorragie a duré, la malade n'ayant eu aucune selle, ni ne s'étant examinée, a ignoré la cause de ce mal. Mais le jeudi, allant à la garde-robe, elle observa que les matières fécales passaient par la vulve. Racontant le fait à son mari, celui-ci, après lui avoir reproché de ne l'avoir pas prévenu plus tôt, l'amena à l'hôpital, dans notre service.

IV. — *État actuel.* — La malade, *assez bien constituée*, présente les systèmes musculaire et osseux bien développés, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. La couleur de la peau est normale, l'état général est bon. Sur les parties postérieures et inférieures des cuisses ainsi que sur la partie dorsale de la main gauche, la malade présente des cicatrices indélébiles, traces de l'ancienne combustion.

Examen des parties génitales. — Les organes génitaux externes très bien développés, les grandes et petites lèvres, le clitoris couvert de son capuchon normal. Le mont de Vénus couvert de nombreux poils.

L'hymen est représenté par une membrane fibreuse d'une épaisseur de 1 à 2 millimètres mesurant un diamètre de 4 centimètres.

De chaque côté on perçoit un orifice, de forme elliptique, dont le grand diamètre a une longueur de 7 à 9 millimètres; et le petit de 3 à 4 millimètres.

La bandelette comprise entre les deux orifices mesure 1 centimètre de largeur; l'hymen est intact.

La cloison recto-vaginale est dissociée en deux jusqu'à une profondeur de 8 à 10 centimètres. A la partie supérieure de ce canal se trouve une ouverture dans le rectum, ce qui établit une communication directe entre la cavité du rectum et la surface cutanée du périnée. Par le toucher rectal, à une hauteur de 8 à 10 centimètres, nous trouvons une solution de continuité par laquelle nous pouvons passer le doigt.

V. — *Traitement.* — Nous instituons comme traitement des lavages quotidiens au sublimé 1 p. 1000 et le repos absolu, dans l'espoir d'obtenir une cicatrisation, d'autant plus que la malade refuse toute intervention chirurgicale.

La cicatrisation s'est faite dans un intervalle de vingt jours, mais il est resté une toute petite fistulette.

CONCLUSIONS.

Cette observation paraît être un cas excessivement rare, par le fait qu'un pénis normal a eu la force de déchirer des parties molles très saines, de dissocier la cloison recto-vaginale et de produire une plaie si considérable.

Nous avions supposé un moment qu'il y avait affaire à un pénis ossifié, mais examinant le mari, qui était un vigoureux jeune homme, nous avons constaté qu'il avait un pénis en rapport avec sa propre taille et aussi avec les organes génitaux de la malade. La seule chose qui puisse expliquer ce cas, jusqu'à un certain point, paraît être l'hymen.

La femme, en effet, présente une variété d'hymen considérée comme une anomalie et qui a été décrite par M. Roze sous le nom de « *hymen biperforé* », et par les auteurs anciens sous celui de « *foramen hymeneum bipartitum* »; il avait une structure fibreuse et une épaisseur de 1 à 2 millimètres, de façon qu'il est possible que le pénis en arrivant jusqu'à lui et ne pouvant le déchirer a dévié vers le périnée et la femme ayant pris, comme nous l'avons indiqué, la position assise, les muscles ont pu céder plus facilement, car autrement il est difficile de s'expliquer le mécanisme de la production de la déchirure des tissus avec le pénis: de façon que tout le monde pourrait être induit en erreur, jusqu'au point d'admettre même un procédé criminel, usage du doigt ou d'un instrument quelconque. Ce cas présente, au point de vue médico-légal, un haut intérêt, car il est très difficile d'admettre que le pénis normal, fût-il dans un état d'érection excessive, puisse déchirer le périnée et dissocier la cloison recto-vaginale jusqu'à une profondeur de 8 à 10 centimètres. Par conséquent, chaque fois qu'on se trouverait en présence d'un fait semblable, on pourrait penser plutôt à une action criminelle et surtout lorsque ni la femme, ni le mari, ne voudrait dire la vérité, ou si l'un d'eux aurait intérêt à cacher la vérité; ou dans le cas de viol de la part d'un homme sur une femme, quel que fût l'âge de cette femme.

Si le fait s'était passé sur une petite fille ou sur une femme avec des organes génitaux mal conformés, la chose serait plus simple, mais notre cas nous a paru excessivement rare, car la littérature médicale elle-même, à ce que nous sachions, ne possède pas un fait analogue. Nous avons tenu à publier cette observation pour montrer qu'un homme peut, avec un pénis normal en érection, déchirer le périnée, soit de la vulve vers l'anus, soit de l'anus vers la vulve, voire même se frayer un chemin entre ces deux orifices, en dissociant ainsi la cloison recto-vaginale, pendant l'acte le plus solennel de la vie conjugale.

Cholécystectomie dans le traitement de la lithiase biliaire,

Par le Dr P. Michaux, Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Dans le rapport si complet qu'il a présenté au dernier Congrès de chirurgie, M. le professeur Terrier a bien fait ressortir toutes les ressources de la chirurgie des voies biliaires, et posé avec sa précision habituelle les indications de chacune de ces opérations.

Ayant eu l'occasion de pratiquer huit fois l'extirpation de la vésicule pour des accidents de lithiase biliaire, je désire vous communiquer les quelques remarques cliniques et opératoires qui m'ont été suggérées par ces faits.

Cliniquement, les accidents se sont montrés six fois chez des femmes, deux fois chez des hommes; cinq fois de vingt-deux à trente-deux ans, deux fois de quarante-cinq à cinquante ans, une fois enfin chez une malade de soixante-dix ans. Ces malades, sauf une seule, souffraient depuis plusieurs années, et avaient épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale. Trois fois la lithiase biliaire n'était caractérisée que par des troubles fonctionnels, coliques hépatiques, petites poussées d'ictère; dans aucun de ces cas, la vésicule n'était sensible à la palpation, tout au plus le ventre supérieur du muscle grand droit de l'abdomen, plus tendu de ce côté, en imposait-il parfois aux élèves pour une tumeur biliaire qu'ils désiraient trouver.

Deux fois, il s'agissait de fistules biliaires rebelles : le premier de ces faits a été communiqué en 1889 à la quatrième session du Congrès de chirurgie; l'autre a fait l'objet d'un mémoire lu à l'Académie de médecine le 10 juin 1890.

Les trois autres faits ont été des plus curieux au point de vue clinique : l'un deux s'est montré avec tous les accidents et tous les caractères d'une hernie ventrale ou latérale étranglée, et l'erreur de diagnostic n'a été reconnue qu'au cours de l'opération; l'autre s'est présenté comme un fibro-lipome diffus de la région iliaque de la paroi abdominale, et ce n'est qu'au cours de son ablation que j'ai reconnu qu'il tenait par un pédicule à une vésicule biliaire très allongée renfermant un gros calcul; le troisième, enfin, s'est présenté avec tous les caractères d'une tumeur rénale, y compris le ballottement, et j'ai trouvé plusieurs faits analogues dans les divers journaux de ces dernières années et dans la thèse de M. Calot. La situation très superficielle de la tumeur sous les côtes, sa profondeur relative à la région lombaire, nous a permis de porter le diagnostic.

Anatomiquement, je n'ai rencontré que des cas de lithiase vésiculaire; une seule fois, chez la vieille femme dont je parlais plus haut et qui avait des accidents de hernie latérale étranglée, il y avait un calcul du cholédoque méconnu.

Au point de vue opératoire, les règles de la cholécystectomie me paraissent devoir être les suivantes :

1° Incision sur le bord externe du muscle grand droit, débordant un peu en haut les fausses côtes, descendant en bas, au niveau de l'ombilic, avec une longueur de 12 à 15 centimètres. Cette incision m'a toujours permis très facilement l'extirpation

de la vésicule; une seule fois j'ai dû, à la fin de l'opération, à compléter par une petite incision transversale sur le muscle droit, suivant la pratique conseillée par M. Calot dans sa thèse, afin d'assurer plus de rectitude à la mèche;

2° Inspection et dégagement de la vésicule à sa face inférieure, soit avec les doigts, soit avec le bistouri; refoulement de l'intestin et protection de la cavité péritonéale avec des éponges ou des compresses antiseptiques;

3° Séparation de la vésicule de la face inférieure du foie. Un aide relève avec les doigts la face inférieure du foie, le chirurgien saisit la vésicule et circonscrit avec le bistouri toute la base adhérente. Le péritoine vésiculo-hépatique une fois incisé, rien n'est plus facile que de décoller avec les doigts la vésicule;

4° Ligature du canal cystique. Je conseille d'apporter le plus grand soin à cette ligature, de poser profondément une double ligature de gros catgut, et plus à l'extérieur un fil de soie épais, qu'on lie également deux fois. Je cautérise ensuite soigneusement le pédicule au thermo cautère.

Malgré cette quadruple ligature, j'ai vu quatre fois sur sept un écoulement bilieux se produire consécutivement. Cet accident, déjà signalé, me paraît des plus importants à étudier : tantôt il se produit presque immédiatement, tantôt il survient au septième ou huitième jour, une fois même je l'ai vu survenir au bout d'un mois; dans quelques cas il se borne à un peu de liquide visqueux et épais et disparaît rapidement. Dans d'autres, je l'ai vu persister huit jours, quinze jours et une fois exceptionnellement près de trois mois. Il s'arrête toujours spontanément. Il n'est guère douteux que, lorsqu'il est ainsi abondant, cet écoulement ne soit dû à une ouverture du canal cystique, coupé par les ligatures sans être rapproché. La fréquence de cet accident, que j'ai relevé dix fois sur quarante observations détaillées de la thèse de M. Calot, et qui m'est personnellement arrivé quatre fois sur sept, me paraît donc comporter la plus grande attention dans la ligature du canal cystique; j'y trouve une seconde indication : celle de laisser toujours une mèche de gaze iodoformée un peu épaisse pour conduire au dehors la bile qui viendrait à s'écouler. Cette précaution, que je considère comme capitale, me fait rejeter l'opération que l'on a qualifiée d'idéale, avec fermeture immédiate et totale des parois abdominales. Je l'ai faite une fois avec succès, mais je crois plus sûre l'autre manière de procéder.

Résultats prochains et éloignés de la méthode sclérogène,

Par le Dr Dubois (de Cambrai).

J'ai eu l'honneur l'année dernière de présenter au Congrès de chirurgie 3 cas d'ostéo-arthrite traités avec succès par la méthode sclérogène de M. le professeur Lannelongue.

Depuis cette époque je n'ai eu l'occasion d'employer qu'une fois cette méthode et j'aurai la faveur de vous présenter cette nouvelle observation.

Mais je me propose aussi de vous dire en quelques mots ce que sont devenus, un an après, les 3 cas dont je vous ai fait l'histoire l'année dernière.

Il est intéressant en effet de connaître, non seulement les résultats immédiats de la méthode sclérogène dans les ostéo-arthrites tuberculeuses; mais encore d'examiner si les résultats favorables obtenus d'abord se maintiennent et sont durables.

Il faut examiner aussi quelles sont les conditions et les causes des échecs et des récidives, quand il en produit.

C'est ce que je me propose de faire sommairement aujourd'hui en m'appuyant sur mes observations personnelles.

Nous ne reviendrons pas ici sur la technique de la méthode qui, exposée précédemment, est suffisamment connue.

Je commence par ma nouvelle observation.

Il s'agit ici d'une demoiselle de dix-huit ans, de Berlaimont (Nord), d'une bonne santé générale du reste, mais ayant des antécédents tuberculeux dans sa famille.

Elle est atteinte depuis six mois d'une ostéo-arthrite du poignet droit qui a été traitée sans succès par les moyens ordinaires, immobilisation, compression et révulsifs. Malgré ces moyens, l'affection s'aggrave au contraire de jour en jour.

Je la vois en décembre 1892, avec le Dr Cathelotte, médecin de la localité qui l'a soignée jusque-là, et je constate l'existence de fongosités dans toute l'articulation radio-carpienne et spécialement du côté cubital qui est le siège d'un gonflement considérable, le cubitus étant aussi particulièrement atteint d'ostéite révélée par la douleur à la pression. Du reste, pas de point fluctuant, pas d'abcès, pas de fistule.

A ce point de vue, nous sommes dans les meilleures conditions pour la guérison, qui correspondent au type n° 1 admis par M. Lannelongue comme étant le plus favorable.

Mais déjà le fonctionnement de l'articulation radio-carpienne est compromis et la main est immobilisée dans l'extension.

Les mouvements des doigts et du pouce sont absolument libres.

L'intervention est décidée pour le 22 décembre 1892, et avec le con-

cours du Dr Cathelotte qui donne le chloroforme, je fais, après les précautions antiseptiques d'usage, une vingtaine de piqûres autour de l'articulation, en avant et en arrière, au niveau du cul-de-sac de réflexion des synoviales, sur les os de l'avant-bras, et vers l'extrémité supérieure des métacarpiens, ainsi que dans le périoste cubital, partout où il existe de la douleur à la pression.

Rappelons à ce sujet ce que nous disions l'année dernière, que nous marquons à l'encre les points osseux douloureux avant l'anesthésie, afin de ne pas hésiter et de bien déposer le liquide dans ces points.

A la suite de l'opération, la réaction est violente comme d'habitude; mais bientôt elle s'apaise et un mois après l'amélioration est si manifeste que les parents acceptent facilement une seconde intervention que nous jugeons nécessaire pour la parfaite guérison.

Celle-ci est faite dans les mêmes conditions le 23 janvier 1893, en insistant surtout sur les points les plus malades et particulièrement sur le cubitus atteint d'ostéite.

Aucune de nos piqûres ne suppura et un mois après, les douleurs et le gonflement avaient disparu et l'affection pouvait être considérée comme guérie au point de vue des lésions tuberculeuses ostéo-synoviales.

Mais le fonctionnement de l'articulation ne se rétablit pas, quoique cependant il existe quelques petits mouvements.

C'est que l'articulation du poignet se trouve dans des conditions particulières qui empêchent d'obtenir la mobilité comme pour les autres articles et nous demandons de citer ce que dit à ce sujet le Dr Timmermans dans son travail sur les ostéo-arthrites du poignet.

« Le professeur Lannelongue a établi que, d'une manière générale, les fonctions des articulations tuberculeuses traitées par sa méthode restent au point de vue du mouvement à peu près ce qu'elles étaient avant le début du traitement ; ce qui, en d'autres termes, signifie que par lui-même le processus sclérogène n'agit pas sur les surfaces articulaires et n'entrave pas ultérieurement le jeu des mouvements.

« Or, il faut remarquer qu'au poignet le fonctionnement de la main se trouve très entravé dès le début de l'affection; il en résulte qu'on ne saurait espérer à la suite du traitement d'obtenir une grande mobilité de l'articulation. »

C'est précisément dans ces conditions défavorables que nous nous trouvions, puisque nous avons dit que l'articulation était déjà roide avant notre intervention.

Cependant cette ankylose n'est pas osseuse, mais seulement fibreuse, puisqu'il existe encore de légers mouvements, et nous pouvons espérer qu'avec la pratique patiente du massage et l'exercice, les mouvements se rétabliront plus complètement dans l'avenir.

Mais, telle qu'elle est, avec la mobilité parfaite des doigts et du pouce, cette main peut rendre bien des services, et ce résultat doit être considéré comme bien supérieur à l'ankylose qu'on obtenait autrefois après l'immobilisation prolongée, qui était toujours accompagnée d'atrophie du bras et de gêne dans la mobilité des doigts, soit après la résection du poignet qui donnait des résultats encore plus désastreux.

Du reste la malade et la famille se déclarent très satisfaits du résultat si rapidement obtenu après l'échec des autres moyens.

Inutile de dire que, comme toujours, nous n'avons pas négligé d'employer en même temps l'immobilisation et une légère compression ouatée et qu'en raison des antécédents diathésiques, nous avons institué un traitement général approprié qui sera continué.

Je vais maintenant vous rappeler brièvement, en les classant suivant le succès, les 3 cas dont je vous ai entretenus l'année dernière, pour vous rendre compte de ce qu'il en est advenu depuis.

Ma première observation avait trait à un homme de cinquante ans qui avait une ostéo-arhrite du genou droit, et des fongosités dans les gaines des péroniers des deux côtés, sans abcès ni fistules.

On lui fit deux séries de piqûres et on institua un traitement général.

Six semaines après, on avait obtenu une guérison complète et la marche était parfaite.

Cet homme a été revu plusieurs fois et tout dernièrement, et la guérison ne s'est pas démentie.

Ma troisième observation avait trait à une enfant de sept ans, atteinte depuis un an d'ostéo-arthrite du genou droit avec abcès fongueux péri-articulaire.

Il y avait de plus un état général très mauvais, avec faiblesse et fièvre et de plus abcès froid dorsal et ganglions au cou.

Après trois semaines de temporisation pour relever l'état général par un traitement tonique, antiseptique et antipyrétique, on fit, après chloroformisation et antisepsie, vingt piqûres autour de l'articulation.

En même temps les abcès furent ouverts, grattés, pansés à l'iodoforme et la jointure immobilisée.

Après trois semaines les abcès sont guéris; mais comme il restait encore du gonflement et de la douleur tibiale, on fit encore dix piqûres périostiques.

Un mois après, la guérison de l'ostéo-arthrite du genou était complète, avec conservation parfaite des mouvements de l'article.

Ajoutons que sous l'influence du traitement général, l'abcès froid dorsal et les ganglions avaient disparu.

Ceci se passait au printemps dernier et pendant toute la belle saison la guérison s'est maintenue parfaite et l'enfant n'a pas cessé de marcher et de courir.

Mais au début de la mauvaise saison, vraisemblablement sous l'influence des mauvaises conditions hygiéniques résultant de l'habitat d'un logement froid et humide, ainsi que d'une alimentation laissant forcément à désirer (les parents n'étant pas fortunés), des abcès fongueux se reproduisirent à la partie supérieure et externe de la synoviale articulaire et forcèrent de nouveau la petite malade à s'aliter.

Ces abcès fongueux furent ouverts, curés, grattés, pansés à l'iodoforme, en même temps que le traitement général tonique et analeptique était repris, et ils sont actuellement guéris.

Du reste ces abcès étaient heureusement extra-articulaires et n'avaient rien à faire avec l'articulation qui, depuis notre première intervention, n'a pas cessé de se bien porter et de fonctionner, ce qui actuellement permet de nouveau la marche et tous les mouvements.

Notre deuxième observation s'appliquait à une dame de quarante-cinq ans, atteinte depuis six mois d'une ostéo-arthrite fongueuse du genou et de la malléole externe gauche avec abcès non ouverts, traitée une première fois par vingt et une deuxième fois par dix piqûres, après lesquelles la guérison avait paru complète au bout d'un mois et se maintint effectivement pendant tout l'été.

Mais au retour des froids, ces ostéo-arthrites fongueuses qui (nous avions oublié de le dire) étaient consécutives à un rhumatisme articulaire généralisé qui s'était fixé particulièrement sur ces deux articulations, reparuruent en même temps qu'un gonflement rhumatismal avec fièvre d'autres articulations, ce qui indiquait une réviviscence de la diathèse rhumatismale.

Que fallait-il faire dans ce cas? évidemment traiter le rhumatisme qui, survenant dans un organisme lymphatique et disposé à la strume, était en quelque sorte comme le coup de fouet qui venait réveiller les bacilles endormis.

C'est ce que nous fîmes tout d'abord par le salicylate, l'antipyrine, le salol, puis plus tard par les alcalins, l'iodure de potassium, les bains sulfureux, les arsenicaux. Puis concurremment, les analeptiques et les toniques contre le lymphatisme.

Malgré cela des points douloureux restaient, surtout au niveau du tibia et de la malléole externe, et c'est alors que nous pensâmes qu'il serait opportun de revenir aux piqûres contre ce

symptôme qui nous parut être de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

C'est ce que nous fîmes deux fois et le succès vint justifier nos prévisions : la douleur a disparu et notre malade peut actuellement marcher.

Malgré ce résultat actuel satisfaisant, nous ne sommes pas sans craintes pour l'avenir.

Nous nous trouvons effectivement ici en présence de 2 diathèses avec lesquelles il faut compter. Sans doute l'une, le fond lympthatico-strumeux, ne demanderait peut-être pas mieux que de sommeiller; mais l'autre, l'arthritisme, est de sa nature essentiellement insidieuse, et il est difficile de savoir si, se réveillant inopinément, elle ne viendra pas encore une fois faire revivre et ranimer les foyers mal éteints de tuberculose locale qui ne demandent peut-être qu'une occasion pour flamber.

C'est pourquoi, dans ce cas, nous croyons qu'il convient de continuer à combattre sans relâche surtout l'arthritisme par tous les moyens possibles. C'est ce que nous faisons et nous nous promettons bien d'envoyer dans ce but notre malade faire prochainement une saison dans une station d'eaux minérales.

Après cette analyse, examinons nos observations synthétiquement et les résultats thérapeutiques obtenus.

Sur 4 cas, 2 se sont terminés rapidement par une guérison complète; dans un cas il y a eu non pas récidive, mais de nouveaux accidents suppuratifs, qui ont été du reste rapidement guéris; enfin, dans le dernier cas il y a eu, sous l'influence d'une poussée rhumatismale, reviviscence de l'affection tuberculeuse, qui n'a guéri qu'après le traitement de la dyscrasie rhumatismale.

Ainsi nos échecs n'ont été qu'apparents et n'entachent nullement la valeur de la méthode.

Et de fait, après que le traitement général a eu fait son œuvre pour modifier les dyscrasies et les diathèses, ce qui a été plus long il est vrai, nos quatre malades se trouvent guéris au bout de deux ans.

Faisons remarquer aussi que nos 2 cas qui ont guéri rapidement appartenaient à la première classe de M. le professeur Lannelongue, tuberculoses non ouvertes et non suppurées, qui sont bien plus faciles à guérir radicalement.

Au contraire, les deux autres cas étaient des tuberculoses suppurées, l'une ouverte et l'autre non ouverte, où l'infection des tissus et l'intervention de microbes étrangers donnent à l'affection une gravité plus considérable, d'où guérison plus difficile à obtenir.

De là le précepte capital sur lequel insiste M. le professeur

Lannelongue, de ne pas temporiser et d'intervenir promptement et radicalement si l'on veut obtenir une guérison prompte et parfaite comme dans nos deux premiers cas.

Les échecs et les résultats incomplets doivent être souvent mis sur le compte de l'intervention trop tardive et quelquefois attribués à l'action de certaines dyscrasies, ainsi qu'à une mauvaise hygiène et à l'absence d'un traitement général approprié.

Quelques applications de la méthode sclérogène : luxation congénitale de la hanche,

Par le Dr Coudray (de Paris).

Dans un travail où, l'an dernier, j'ai donné les résultats généraux de ma pratique relative à la méthode sclérogène, j'avais indiqué le résultat d'un cas de luxation congénitale de la hanche traité par cette méthode. Depuis un an aujourd'hui, l'enfant marche parfaitement, et vous allez d'ailleurs en juger.

Il s'agit d'une fillette de quatre ans et demi, atteinte d'une luxation iliaque postéro-supérieure. La tête remontait à 3 cent. 1/2 au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser dans le mouvement d'adduction et de rotation interne. La claudication s'accentuait beaucoup depuis quelques mois et était devenue disgracieusement caractéristique. Le 30 novembre 1891, l'enfant étant soumise au chloroforme, j'abaissai la tête du fémur par les manœuvres de Paci, d'une façon à peu près complète et, séance tenante, je pratiquai sur le squelette péri-articulaire, fémur et surtout os iliaque, une injection de 15 gouttes de la solution de chlorure de zinc à 1/15 en 5 piqûres. Trois semaines plus tard, je fis une solution à 1/10; cette fois j'injectai volontairement quelques gouttes du liquide dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale, dans le but de l'oblitérer. Il y eut une arthrite notable, bien que 3 à 4 gouttes seulement eussent été injectées.

L'enfant resta dans l'extension continue pendant cinq mois; elle marche depuis lors. Ainsi qu'on le voit de suite, la marche est très satisfaisante, le déhanchement spécial a disparu; de plus, le champ où se meut la tête est très limité. Tous les mouvements sont conservés.

Au moins chez les jeunes enfants, la méthode sclérogène me semble la méthode de choix. Je suis disposé à l'appliquer chez des enfants plus âgés. Ce n'est qu'en cas d'échec que j'aurai recours

à la méthode sanglante, qui a l'inconvénient de présenter quelque importance en tant qu'opération.

M. Broca (de Paris). — Je suis heureux d'avoir entendu M. Coudray dire qu'il considère les manœuvres de Paci comme amenant l'abaissement et non la réduction. Je ne crois pas, en effet, que, sauf cas tout à fait exceptionnels, il soit possible de réduire par manœuvres internes une luxation congénitale de la hanche, et j'émets cette assertion d'après les constatations anatomiques que j'ai faites au cours de huit réductions par la méthode sanglante : toujours j'ai trouvé une disproportion évidente entre la tête, qu'il m'a fallu parfois diminuer de volume, et le cotyle, que j'ai toujours dû évider. De ce que je viens de dire, il résulte que je suis partisan de la réduction par la méthode sanglante : je crois même avoir été le premier en France à l'appliquer (août 1891); sans doute, je suis loin de contester la valeur du fait de M. Coudray, et je ne suis nullement opposé à l'idée d'élever autour de la tête, par la méthode sclérogène, un rempart ostéo-fibreux; mais je crois qu'avant tout, au moins pour les cas sérieux, il vaut mieux commencer par la réduction. Je ne puis, en ce moment, parler des résultats éloignés : pour cela il faut des années. Mais ce que j'affirme, c'est qu'anatomiquement la réduction est possible. On doit donc la pratiquer; et j'ajoute — c'est ce que je voulais dire à propos du fait intéressant de M. Lejars, si j'avais pu assister à la séance où il a été communiqué — qu'on doit la pratiquer de bonne heure, de deux à quatre ans. Mon expérience, en effet, m'apprend que plus on attend et plus elle est difficile : j'ai opéré plusieurs enfants de deux à trois ans, et elle a été facile; j'ai opéré, ce matin même, une fillette de quatre ans, et elle a été laborieuse; j'ai opéré, il y a quinze jours, une fille de treize ans, et elle a été extrêmement laborieuse.

Abcès froid de la paroi abdominale antérieure; myosite tuberculeuse,

Par le Dr R. Leclerc (de Saint-Lô), Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Un collégien de dix-huit ans se présente à ma visite du 17 avril 1891, porteur d'une tuméfaction siégeant en dehors du grand droit gauche, tuméfaction de 6 centimètres de long sur 4 de large, dont le bord inférieur affleure une ligne fictive passant par l'ombilic. La peau est normale à ce niveau. Par le palper on a la sensation d'une plaque uni-

formément dure, non mobile, ne subissant aucune modification de consistance sous l'influence des contractions musculaires. C'est par hasard, douze jours avant, que le jeune homme a remarqué cette tuméfaction, car il n'éprouve aucune douleur à la pression, aucune gêne dans la marche ou dans les exercices de gymnastique.

Je soupçonnai une tuberculose chirurgieale, mais sans pouvoir en apprécier les limites.

1er mai. — Il existe au centre de la plaque une saillie de la grosseur d'une noix, fluctuante, peu douloureuse.

Une ponction donne issue à 22 grammes de pus séreux. Injection d'éther iodoformé au 6e.

18 mai — Le malade n'a pas souffert et marche toujours sans la moindre difficulté. La saillie primitive s'est reformée.

Une nouvelle ponction donne 20 grammes de pus, couleur chocolat clair. Nouvelle injection iodoformée.

27 mai. — Opération sous le chloroforme.

La plaque du début n'a pas sensiblement augmenté comme dimensions: elle présente la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en bas.

Une incision de 8 centimètres met à découvert un foyer rempli de fongosités. Ce foyer limité en dedans par la gaine du droit repose profondément sur l'aponévrose. Après avoir enlevé ces fongosités par le grattage, on trouve un orifice de la grandeur d'une pièce de 20 centimes. L'aponévrose du grand oblique est incisée de haut en bas. On rencontre alors un vaste foyer également plein de fongosités. En raclant toute cette collection avec la curette de Volkmann, on remarque en dehors deux lambeaux musculaires superposés, infiltrés de fongosités et d'un rouge noirâtre : c'est la portion la plus interne du petit oblique et du transverse en dégénérescence tuberculeuse. Profondément, ce second foyer est limité par le fascia sous-péritonéal absolument intact : à ce point, on sent qu'une mince lamelle sépare le doigt de la cavité abdominale.

Comme les lésions musculaires dépassaient notablement en haut les limites de l'incision primitive, je prolonge cette dernière de quelques centimètres vers la région épigastrique. Tout en supposant que je me trouvais en face d'une myosite tuberculeuse, je tenais à vérifier l'état des cartilages costaux. L'examen le plus attentif du rebord costal, de la face antérieure et postérieure du cartilage composant ce rebord, ne me donne aucun résultat. Il ne restait donc plus qu'à exciser les portions musculaires malades.

Lavage du foyer opératoire; pulvérisation d'iodoforme dans tous les plis et replis; suture de l'aponévrose du grand oblique à la soie, précédée d'un point de suture profond au crin de Florence passant par la partie médiane de l'incision. Sutures de la peau. Drainage à la partie inférieure de l'incision. Pansement iodoformé.

30 mai. — 1er pansement. Drain rempli de caillots sanguins. Il s'écoule après l'ablation du tube environ deux cuillerées à café de sérosité roussâtre répandant une odeur d'iodoforme.

3 juin. — 2e pansement. Tube plein de caillots. Sérosité roussâtre sans odeur.

5 juin. — 3e pansement. Pansement taché par de la sérosité roussâtre. Rien dans le tube. Ablation des points de suture, moins l'inférieur situé près du drain qui est replacé.

8 juin. — 4e pansement. Ecoulement de sérosité roussâtre. Suppression du drain. Ablation du dernier point de suture.

12 juin. — 5e pansement : à peine taché.

29 juin. — Belle cicatrice. Le malade marche et court sans éprouver la moindre douleur.

Les suites opératoires furent très bonnes. Jamais le thermomètre ne dépassa 37°, 6.

Je revis mon opéré, vers la fin du mois d'août, et je constatai un petit noyau induré à un centimètre en dehors de la partie moyenne de la cicatrice.

14 octobre. — Abcès fistuleux au niveau du noyau constaté précédemment. Je crus à une repullulation tuberculeuse et je décidai une seconde intervention.

20 octobre. — *Opération.* — L'incision de l'abcès nous mena dans une cavité de la grandeur d'une noisette contenant du pus séreux et tapissée par une membrane pyogénique lisse. Au centre de cette cavité se trouvait un fragment de crin de Florence ; c'étaient 15 millimètres de crin dépendant de la suture profonde de la première opération. J'explorai tout le pourtour de la cavité et je ne constatai rien de suspect en tant que récidive.

J'ai suivi mon opéré pendant toute l'année scolaire, je l'ai revu à la fin de 1892 dans un état de santé parfaite.

Complications chirurgicales de la grippe,

Par le Dr R. Leclerc (de Saint-Lô), Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Observation I. — *Grippe.* — *Abcès musculaire du biceps huméral.*

Jeanne L..., âgée de sept ans et demi, fait une chute sur le côté gauche au commencement de décembre 1891 et rentre chez elle en se plaignant de douleurs dans le bras gauche. Au bout de trois jours, les souffrances ayant disparu, l'enfant retourne en classe pendant une dizaine de jours. A ce moment (mi-décembre), elle est prise de grippe typique pour laquelle elle garde le lit pendant neuf ou dix jours.

Le 12 janvier 1892, Jeanne L... jouait avec un de ses petits cousins, lorsque, dans un mouvement brusque (torsion du bras gauche), elle ressent une douleur dans ce bras.

Le 28 janvier, la mère remarque que la partie antérieure du bras était augmentée de volume et m'amène l'enfant le 1er février. Je constate une tuméfaction allongée, rappelant exactement la forme du biceps, tuméfaction d'un rouge foncé, chaude, douloureuse à la pression. Il existe une

impotence fonctionnelle du bras qui est collé au tronc, en même temps que l'avant-bras est immobilisé en demi-flexion. La face postérieure du bras est indemne ainsi que le creux de l'aisselle.

Le 4 février, la tuméfaction est encore plus accentuée et s'accompagne d'un œdème occupant tous les segments du membre malade. Je renouvelle auprès de la mère toutes mes instances pour opérer cette myosite grippale en évolution suppurative.

L'opération est pratiquée, le 10 février. Incision double aux points extrêmes : il sort un pus phlegmoneux bien lié avec quelques petits caillots sanguins noirâtres, et, finalement, après évacuation et lavage du foyer, il reste une poche allongée qui n'est autre que le biceps transformé en coque purulente.

Drainage; pansement antiseptique. L'enfant était guérie dans les premiers jours de mars. Je l'ai revue il y a six semaines et j'ai constaté que les mouvements de son bras étaient aussi complets d'un côté que de l'autre : le biceps a sa forme normale, mais semble être un peu plus petit que celui du côté opposé.

Pour expliquer ce fait, faut-il supposer que la grippe possède comme la fièvre typhoïde une action de dégénérescence sur la fibre musculaire? *A priori* je ne le crois pas, et j'estime que la filiation des accidents a été la suivante : déchirure musculaire dans la chute du commencement de décembre; création d'un *locus minoris resistentiæ*; action pyogène de la grippe sur un muscle antérieurement traumatisé.

Je ne donne point cette observation comme un fait rare : c'est un cas de plus à ajouter aux abcès musculaires signalés déjà dans la convalescence de la grippe par le professeur Verneuil (*Acad. de Méd.*, séance du 6 mai 1890).

Obs. II. — *Grippe. — Ostéomyélite du maxillaire inférieur.*

Un homme de quarante-quatre ans, cafetier, est pris, en janvier 1890, d'une grippe compliquée de spléno-pneumonie. J'ai raconté ailleurs l'histoire médicale de ce malade[1]. Je n'insiste pas davantage.

Vers la mi-mars, cet homme entrait en convalescence, lorsqu'à la fin d'avril il présenta un gonflement de la région massétérine gauche avec gêne progressive dans les mouvements du maxillaire inférieur. Cette tuméfaction augmenta lentement, la peau rougit, et il se forma vers l'angle de la mâchoire un abcès que j'ouvris au mois de juin. Il persista une fistule, bientôt suivie de plusieurs autres en avant et au-dessous. L'exploration au stylet permettait d'arriver sur le maxillaire inférieur dénudé. Au commencement de juillet, je proposai une intervention qui ne fut pas acceptée.

Cependant les fistules ne se fermaient pas; bien plus, il s'en formait encore une à la partie postérieure de la bouche, au niveau de l'arcade alvéolaire.

1. Histoire de la grippe Saint-Loise (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*), 1890.

Au mois d'août, le malade réclama une opération qui fut pratiquée le 29. Je passe sur les premiers temps de la résection. Après avoir libéré le maxillaire, l'avoir scié en avant du trou mentonnier, je me préparais à faire la désarticulation par la torsion usitée en pareil cas, lorsque la branche horizontale me resta dans la main. Toute la branche montante était réduite en miettes comme du bois vermoulu qui s'effrite. Afin de nettoyer mon foyer opératoire, je fus obligé de prendre une pince-gouge et de fouiller toute la région profonde jusqu'à ce que ma pince morde dans du tissu osseux résistant. Ainsi que je pus m'en convaincre, il ne restait plus rien de la branche montante, si ce n'est la zone condylienne.

Comme j'avais affaire à un foyer suppuré depuis longtemps, je ne fis pas de réunion et me contentai de panser à plat.

En examinant la branche horizontale, nous la trouvâmes tunnellisée dans son centre. Cette cavité allongée, qui admettait une grosse sonde cannelée, était longue de 2 centimètres à peu près, pleine de pus. Toute l'épaisseur du maxillaire à ce niveau était envahie par de l'ostéite raréfiante dont le tunnel était la première étape. Grâce à cette constatation, l'on pouvait comprendre ce qui s'était passé dans la branche montante.

Au bout de huit jours, la fistule buccale était fermée. L'appétit revint; le malade put prendre des soupes et des viandes molles. La plaie opératoire se comporta normalement, et, à la fin d'octobre, il ne restait plus qu'une petite fistulette à la partie antérieure de l'incision cutanée.

Le malade avait repris des forces lorsque, vers la fin de décembre, il cessa de manger, accusa des douleurs dans la région du foie qui augmenta de volume. Les urines examinées ne renfermaient pas d'albumine. L'affaiblissement alla croissant : le 20 janvier, mon malade s'éteignait dans une sorte de coma que je crus pouvoir rapporter à une lésion rénale, étant données les habitudes antérieures.

Marin pendant huit ans, cet homme était sorti du service avec le grade de quartier-maître canonnier de 1re classe. Pendant ce long congé, il n'avait pas eu la syphilis, disait-il : j'ai cependant lieu d'en douter, car je l'avais vu le 1er septembre 1885 porteur d'une éruption symétrique, érythémateuse, circinée, d'une teinte bronzée, existant sur la paroi antérieure de la poitrine, ne causant aucune démangeaison, éruption qui disparut le 18 septembre sous l'influence de l'iodure de potassium sans traitement externe.

Sobre au sortir du service, il s'était installé cafetier dans un des bas quartiers de la ville. Il avait pris, avec ce nouveau métier, des habitudes d'intempérance qui ne firent que s'accroître tous les ans; bref, il était devenu un des plus fameux alcooliques des alentours.

Je le vis pour la première fois au mois d'août 1885 à propos d'une tuméfaction portant sur la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche et sur la région sous-maxillaire correspondante. Cette tuméfaction avait débuté le 5 août et s'était accompagnée, dès les premiers jours, de contracture de la mâchoire. Le 14 août, le malade avait constaté qu'il sortait du pus par la bouche. En effet, en promenant un stylet recourbé sur le rebord gingival gauche veuf de ses dents, on tombait, en un point, sur le maxillaire dénudé et nécrosé; mais ce séquestre n'était pas mo-

bile. Ce ne fut que le 18 septembre suivant que nous pûmes pratiquer l'ablation de deux séquestres.

Le 1er octobre 1885, la guérison était complète.

Cette nécrose partielle n'avait pas été la seule. Depuis 1883, le malade avait perdu 26 dents; en 1885, il ne lui en restait plus que 6. Au commencement de 1884, deux fragments osseux, gros comme un pois, étaient sortis du rebord alvéolaire supérieur droit. En février 1885, issue d'un nouveau séquestre toujours en haut et à droite. Enfin, vers la mi-juillet, un quatrième était éliminé du rebord alvéolaire supérieur gauche.

Cinq ans après, le malade présentait comme accident clôtural d'une grippe sévère une ostéite totale du maxillaire inférieur gauche, c'est-à-dire de ce maxillaire déjà frappé de nécrose antérieurement.

Il y a là, ce nous semble, un cas de *microbisme latent*, microbisme qui avait dormi cinq ans et qui est entré en reviviscence sous l'influence d'une infection grippale.

Obs. III. — *Grippe gastro-intestinale prolongée. Gangrène gazeuse du périnée et des organes génitaux.*

Un homme de vingt-huit ans est pris subitement le 16 février 1893 de douleurs dans la nuque, de rachialgie lombaire et de manifestations courbaturales articulaires, le tout accompagné d'une diminution de l'appétit et de frissons.

Le 20 février, estimant qu'il est sous le coup de la grippe, il prend un vomitif pour faire disparaître les nausées dont il était tourmenté depuis le début.

Je le vois le 21 février. Langue chargée, humide; ventre souple; constipation; pas d'hypertrophie de la rate, ni du foie; rien dans la poitrine, d'ailleurs, il n'y a pas de toux. Céphalalgie fronto-occipitale; courbatures articulaires; lombalgie. Le pouls est à 100, non dicrote; la température matinale de 38°,5.

Traitement. — Régime liquide; 4 cachets : antipyrine, 50 centigrammes; chlorhydrate de quinine, 10 centigrammes.

Au point de vue du diagnostic, je confirmai celui de grippe porté par le malade, d'autant mieux que ce malade avait eu en 1888 une fièvre typhoïde à la suite de laquelle il avait perdu ses cheveux. Depuis lors, et à part une fistule dentaire qui avait persisté cinq ou six mois, la santé avait été bonne. Mais, et je dois le dire dès l'abord, au point de vue général, cet homme était un sujet peu résistant.

22 février. — L'état est le même. Comme la constipation persiste, je conseille un purgatif. Temp. ax. matinale, 38°,7; pouls, 84.

23. — Les douleurs sont toujours les mêmes. Une selle liquide.

Les températures ne furent pas prises le soir jusqu'au 28 février; le matin, elles se maintinrent entre 38°,5 et 38°,9. Pouls, 80.

24. — Même état; deux selles diarrhéiques. P., 88.

25. — Les douleurs diminuent; deux selles en diarrhée. P., 84.

26. — Les douleurs courbaturales ainsi que la céphalalgie ont disparu; deux selles liquides sans odeur infecte. P., 80.

Traitement : 2 grammes de Benzonaphtol dans les vingt-quatre heures.

27. — Langue toujours chargée, humide; deux selles liquides. Insommie cette nuit. P., 80.

28. — Même état. P., 92.

1er mars. — Le malade attire mon attention sur une douleur qu'il éprouve depuis hier au niveau du périnée. Il existe, le long du raphé périnéal, un abcès allongé, de 3 centimètres de long. Par son extrémité posterieure, cet abcès confine à la marge de l'anus. Cet abcès est rouge, douloureux à la pression; un petit orifice situé près de l'anus laisse écouler un pus roussâtre mélangé de gaz et répandant une odeur infecte comme en présentent les collections purulentes qui avoisinent les cavités naturelles. Il n'y a pas d'œdème de voisinage : l'abcès est donc parfaitement limité. L'examen de la marge de l'anus ne permet pas de découvrir de porte d'entrée à l'agent qui a déterminé la suppuration sous-cutanée du raphé.

Langue chargée, quatre selles depuis hier.

Pas de toux, aucun signe du côté de la poitrine.

Un léger nuage d'albumine dans les urines, alors qu'au début l'analyse avait été négative.

Matin. — P., 92. T. A., 39°,3.

Soir. — P., 96. T. A., 39°,3.

Traitement. — Débridement de l'abcès. Lavages répétés et pansement au sublimé.

Dans la nuit, transpiration abondante de la tête et du cou; légère épistaxis.

2 mars. — Les lèvres de l'abcès sont toujours d'un rouge foncé, un peu moins douloureuses à la pression. Écoulement de sérosité roussâtre. Pas d'extension périphérique.

Soir. — Langue chargée; amertume de la bouche; deux selles liquides; ventre légèrement météorisé; apparition de quelques taches rosées lenticulaires typiques. Intelligence nette.

Matin. — P., 92. T. A., 39°,9.

Soir. — P., 96. T. A., 40°,4.

3 mars. — Depuis hier soir il s'est produit un œdème bronzé du périnée, œdème qui s'étend aux bourses, mais à l'état d'œdème pâle. Les lèvres de l'abcès primitif sont transformées en une escarre noirâtre; écoulement de sérosité roussâtre, d'odeur infecte, mélangée de gaz. Il y a de l'emphysème jusqu'à la racine des bourses. Aucune extension du côté de la cuisse.

La nuit a été sans sommeil, agitée. Une épistaxis abondante : un demi-verre de sang.

Langue chargée, un peu collante; pas de selles; léger ballonnement du ventre; les taches rosées n'ont pas augmenté. Urine bouillon de bœuf, légèrement albumineuse, peu abondante. Rien dans la poitrine. Transpirations abondantes.

Matin. — P., 104; T. A., 40°,4.

Soir. — P., 108. — 41°.

4 mars. — Deux selles diarrhéiques dans la nuit; une épistaxis assez abondante.

L'œdème du scrotum a augmenté; plaques bronzées à la face inférieure et sur la face latérale droite; douleur provoquée par la pression au niveau de ces plaques. Crépitation gazeuse à la face inférieure des bourses qui ont le volume d'une forte tête de fœtus.

Soir. — Un vomissement dans la journée.

Le scrotum est énorme, d'une couleur uniforme *ardoisée*; à la face inférieure existent trois plaques noires ressemblant à trois taches d'encre: œdème de la verge.

Matin. — P., 108; T. A., 40°

Soir. — P., 112. — 40°,5.

5 mars. — Verbiage continuel toute la nuit. Deux selles diarrhéiques; quelques nausées. Deux épistaxis cette nuit : un verre de sang au moins. Le malade s'est plaint toute la nuit de souffrir au niveau des bourses.

Le scrotum est uniformément noir; des mouchetures donnent issue à de la sérosité sanguinolente d'odeur infecte. Le bistouri s'enfonce dans les tissus comme dans une peau de tambour bien tendue.

Dans le courant de la matinée, le malade recouvre un calme parfait avec intégrité intellectuelle.

Soir (6 heures 1/2). — Algidité, sueurs froides. Plaques ardoisées sur la cuisse gauche; extension de l'œdème à l'hypogastre.

Matin. — P., 140; T. A., 39°,7.

Soir. — P., 158. — 39°,7.

La respiration, qui était toujours restée régulière, a augmenté de fréquence dans la nuit, en même temps qu'elle devenait irrégulière : le matin, nous comptions 36 respirations, le soir 48, présentant à certains moments le type de Cheyne-Stokes.

Le malade meurt à 7 heures 3/4, ayant perdu la connaissance vers 7 heures 1/2.

Réflexions. — Cette maladie peut être divisée en deux phases : l'une, de grippe gastro-intestinale, d'une durée de douze jours; la seconde, de gangrène gazeuse foudroyante pendant cinq jours.

Je dis grippe sans avoir de preuves nécropsiques, mais seulement d'après la marche et la physionomie de l'affection. D'abord, mon malade avait eu une fièvre typhoïde antérieurement; d'autre part, à Saint-Lô, nous n'avions pas de fièvre typhoïde, tandis que nous avions de la grippe endémique.

Le malade n'a pas eu de prodromes comme dans la fièvre typhoïde. Subitement, en bonne santé, il a été pris de l'appareil symptomatique du début de la grippe : frissonnements, nausées, courbatures articulaires, céphalalgie et surtout cette céphalalgie de la nuque que je dirais presque symptomatique de l'affection grippale.

Et comme symptômes cardinaux de sa maladie confirmée que voyons-nous : une langue saburrale, une diarrhée très modérée, des températures matinales qui n'arrivent pas à 39°, des nuits

sans sommeil sans doute, mais sans délire, sans subdelirium même. Au douzième jour de la maladie, il n'y a ni taches rosées, ni ballonnement du ventre, ni mégalosplénie, ni bronchite.

Au douzième jour, la scène change, l'état général s'aggrave : nous entrons dans la phase d'une nouvelle infection, greffée sur la première, favorisée par la première, infection septicémique cette fois et qui va enlever le malade en cinq jours.

Les réflexions qui suivent concernant la pathogénie de cette gangrène n'ont pas malheureusement pour elles l'appui d'examens bactériologiques : ce ne sont de ma part que simples vues de l'esprit, susceptibles par là même d'être approuvées ou rejetées.

En voyant apparaître l'abcès de la marge de l'anus et ne pouvant prévoir ce qui allait se développer par la suite, je croyais me trouver en face d'un de ces abcès dus au *bacterium coli*, comme le professeur Lannelongue en a signalé deux cas. Puis, au bout de vingt-quatre heures, en présence d'une septicémie qui se généralisait, je me demandai si ce *bacterium coli*, sous l'influence de conditions spéciales, d'un terrain de culture bien préparé comme en crée la fièvre, voire même, comme dans le cas présent, une maladie infectieuse, je me demandai, dis-je, si cette bactérie du côlon qui se montre parfois pyogène, ne pouvait pas devenir septique. A l'appui de cette idée, je pourrais rappeler l'assertion de M. Lesage à la Société de biologie (30 janvier 1892) : « *Le* bacterium coli *peut produire une septicémie amenant la mort en un à trois jours. Atténué dans sa virulence, il garde toujours sa caractéristique d'être pyogène, car il produit chez les animaux, non une infection générale, mais des phlegmons qui tuent en cinq jours et plus, mais aussi qui peuvent guérir.* »

Si l'on répugne à l'idée d'une septicémie mono-bactérienne, on pourrait alors penser à une association microbienne entre le *bacterium coli* et le vibrion septique.

Quoi qu'il en soit, dans le cas donné, il y a eu un point de départ périanal, une infection locale, qui, en raison de la haute virulence de ses agents, s'est généralisée avec une rapidité foudroyante. Pouvait-on sauver le malade? Le premier jour, peut-être, le second jour, non.

La conclusion pratique peut être la suivante : « lorsque, dans le cours d'un état infectieux (grippe, fièvre typhoïde), on voit apparaître un abcès périanal, il faut non seulement le débrider, mais le rôtir au thermo-cautère, et le traiter antiseptiquement. » Heureux encore si l'on n'arrive pas trop tard tout en étant intervenu dès le début!

Kystes ovariques jumeaux; — ovariotomie double sans chloroforme.

Par le Dr R. Largeau (de Niort).

S'il est fréquent de rencontrer au cours des ovariotomies de lésions dans les deux ovaires, il est rare d'y trouver de grands kystes ayant pris de chaque côté un développement égal et pour ainsi dire symétrique.

L'observation que je vous présente est un exemple à ajouter aux quelques faits du même genre déjà signalés.

Observation. — Une dame B..., âgée de cinquante-deux ans, me fut adressée au mois d'août 1892 pour un kyste de l'ovaire. Elle avait sa tumeur depuis une douzaine d'années environ et avait été ponctionnée six fois. Chaque fois on ponctionnait à droite et on retirait environ 6 litres d'un liquide épais, couleur de bière brune. Le ventre restait toujours gros du côté gauche et je pensais qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire dont on n'avait jamais vidé qu'une loge.

Le 18 août 1892, je fis l'ovariotomie. La malade redoutant beaucoup le chloroforme et les battements un peu irréguliers d'un cœur gros me donnant de l'inquiétude, je proposai de faire l'opération sans chloroforme. Elle y consentit.

On fit sur la ligne médiane, du pubis à l'ombilic, une pulvérisation de chlorure d'éthyle qui fut continuée pendant que j'incisais les différentes couches de la paroi. Ceci fut fait sans douleur. Je tombe alors sur des adhérences qu'il faut inciser et disséquer pour arriver sur la paroi kystique. Pendant cette dissection, la vessie, qui avait été soulevée par en haut et aplatie et qui était englobée au milieu des adhérences, fut ouverte dans une étendue de 1 cent. 1/2 environ. Elle fut fermée aussitôt par deux plans de suture et fixée à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Je continue alors le dégagement du kyste adhérent à la paroi. Les doigts font céder les brides assez facilement. Je constate alors qu'il y a deux kystes, l'un à droite, l'autre à gauche, tous deux très volumineux puisque le droit remonte jusqu'au foie, le gauche jusqu'au rein. Je ponctionne alors à droite et je retire environ 6 litres d'un liquide rouge brun filant. Les parois de ce kyste sont très épaisses et mesurent près d'un centimètre; sa surface est d'un blanc nacré. Le péritoine pariétal a lui-même pris cet aspect et s'est très épaissi. Les adhérences en arrière sont moins nombreuses et je peux assez rapidement amener au dehors la poche presque entière. La base du kyste est retenue dans le bassin par un pédicule large et très court. La trompe très allongée est accolée à la partie droite et inférieure de la poche qui a été tout d'abord incluse dans le ligament large et qui, en se développant, a entraîné en haut la vessie allongée. Le pédicule est lié en chaîne à la soie plate et la tumeur enlevée.

Il est facile alors de voir que la moitié seulement de l'opération est

faite. Il reste à gauche un autre kyste aussi gros que le premier et composé lui-même de deux loges séparées par une cloison et contenant chacune un peu plus de 2 litres d'un liquide trouble, épais, couleur de crème au café. Le pédicule plat et très large aussi est lié à la soie et la seconde tumeur enlevée. De ce côté le kyste s'est dégagé plus tôt du ligament large et le pédicule est moins court qu'à droite.

Il ne reste alors dans le petit bassin que l'utérus débarrassé de ses annexes.

Drainage par un tube de verre placé derrière la vessie. Cette dernière est drainée elle-même par une sonde à demeure de Sims. Les suites de l'opération furent très simples. Le drain et la sonde à demeure furent

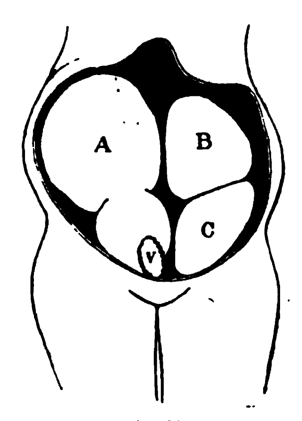


Fig. 31.

supprimés au bout de trois jours et la malade se mit alors à uriner seule. Quinze jours après, c'est-à-dire dix-sept jours après l'opération, elle se lève et marche. La plaie vésicale a guéri très rapidement sans qu'il ait coulé une goutte d'urine à l'hypogastre.

La bilatéralité des lésions est-elle propre à certaines variétés de kystes ovariques? Il semble résulter de la lecture des statistiques que les kystes dermoïdes sont assez souvent doubles. Dans le fait que je présente, je n'ai trouvé ni cheveux, ni tissus dermiques dans les poches kystiques, et la structure de celles-ci était plutôt celle des kystes glandulaires. Mais un certain nombre de particularités me font penser qu'il s'agissait néanmoins de kystes d'origine congénitale.

En effet, au point de vue de la marche de la tumeur, j'ai noté une grande lenteur d'évolution, puisqu'il a fallu plus de douze ans à ces kystes pour acquérir le volume qu'ils avaient au moment de l'opération. Ils se sont développés à peu près dans le même laps de temps, puisque le kyste de gauche existait au moment de la première ponction, qui ne vidait que la moitié du ventre. Enfin

ce développement s'est fait sans douleur, autre caractère habituel des kystes congénitaux.

Au point de vue anatomique, il est certain qu'ils sont nés entre les feuillets du ligament large dans le hile de l'ovaire ou le parovarium, puisque la base des kystes était incluse dans ces ligaments, allongeant et soulevant la trompe et la vessie.

L'épaisseur des parois, le contenu visqueux et trouble des cavités ne doit pas faire écarter la possibilité d'un double kyste parovarien, car ceux-ci ne sont pas toujours à parois minces et à liquide hyalin. Ils peuvent être quelquefois glandulaires et papillaires, comme les grands kystes ordinaires. C'est du moins l'opinion de plusieurs auteurs et de M. Pozzi dans son *Traité de gynécologie*.

Je veux en terminant ajouter un mot sur cette circonstance que j'ai opéré sans chloroforme. Je l'ai fait de parti pris, en raison de l'état du cœur chez ma malade. Je savais par expérience que l'ovariotomie, même compliquée, pouvait être faite sans chloroforme et sans douleurs très vives. Le 29 juin 1891, c'est-à-dire il y a bientôt trois ans, j'ai opéré, en me servant du chlorure d'éthyle seul, un kyste de l'ovaire simple chez une malade qui refusait absolument le chloroforme. L'opération avait été rapide, très peu douloureuse et les suites excellentes. — Le 29 décembre de la même année, j'avais fait chez une dame qui refusait absolument le chloroforme, une hystérectomie abdominale pour fibromes sessiles. J'avais pu enlever les fibromes pesant 13 livres et l'utérus jusqu'au col sans que la malade éprouvât de douleurs très vives et sans syncope même légère. La malade avait guéri rapidement. Enfin, en 1892, le 16 janvier, j'avais enlevé de la même façon un kyste ovarique multiloculaire très volumineux et adhérent à toute la paroi abdominale.

Au total, j'ai donc fait trois ovariotomies et une hystérectomie sans chloroforme. Les quatre opérations ont été suivies de succès.

Je n'en conclue pas bien entendu qu'il faille généraliser, et c'est l'exception dans ma pratique, mais je crois qu'il ne faut pas redouter l'absence de chloroformisation. Le péritoine même enflammé est peu sensible. Cette sensibilité augmente quand on se rapproche du petit bassin. Quand on opère des tractions sur les ligaments larges ou qu'on les lie, il se produit une certaine angoisse avec tendance à la syncope et envies de vomir; mais la douleur, à proprement parler, n'est pas très vive et n'est pas comparable à celle que produit la section de la peau.

Je crois donc que quand on a affaire à un kyste simple on peut s'abstenir de chloroforme, que quand il s'agit d'un kyste

compliqué ou d'une tumeur utérine on peut encore le faire, si la malade est atteinte d'une affection cardiaque ou rénale pouvant être rapidement aggravée par l'intoxication chloroformique.

Arthrite tuberculeuse du genou gauche. — Traitement par la méthode sclérogène. — Guérison. — Fracture du fémur gauche un an après.— Guérison,

Par le Dr Mirovitch (de Paris).

N'étant pas préparé pour faire une communication étendue sur le cas que j'ai l'honneur de vous présenter, je veux me borner seulement à dire quelques mots pour apporter un témoignage prouvant l'efficacité de la méthode sclérogène de notre cher maître.

Il s'agit d'un enfant de trois ans atteint déjà dès les premiers mois de sa vie d'une arthrite tuberculeuse du genou avec fongosités étendues. Le traitement habituel : pointes de feu, teinture d'iode, vésicatoires, etc., suivis d'immobilisation par des appareils plâtrés répétés au moins vingt fois, enfin toute la gamme des moyens révulsifs, n'ont apporté aucune amélioration, aucun changement dans son état. On lui a fait, en outre, à l'hôpital *Cochin*, deux petites opérations consistant en deux incisions latérales suivies de raclage de fongosités, injections antiseptiques, pansement compressif, etc.

Le cas devenait grave et les chirurgiens se prononcèrent pour la résection du genou. En ce moment (1891), je deviens médecin de la famille, je conseille aux parents de s'adresser à M. le prof. Lannelongue pour essayer les injections de chlorure de zinc. L'enfant était déjà malade depuis dix-huit mois, l'état général était mauvais, et il avait déjà un certain degré d'atrophie musculaire.

M. le prof. Lannelongue jugea le cas très grave et pensa même que c'était trop tard pour intervenir par les injections de chlorure de zinc, mais se décida quand même à essayer. Deux séances d'injections de chlorure de zinc au dixième ont suffi à transformer les fongosités en tissu fibreux et à produire un changement complet dans l'état de l'arthrite. Pour compléter ce traitement, je lui appliquais l'électricité et le massage, et peu à peu l'enfant commença à marcher et à faire des mouvements du genou, malgré la persistance d'une certaine raideur articulaire.

Un an après, c'est-à-dire le 26 décembre de l'année passée, l'enfant en courant fait un faux pas et se fracture le fémur à

son tiers inférieur près du genou. La fracture était transversale, sans déplacement notable. Après un pansement provisoire à cause du gonflement, je lui applique un appareil plâtré et l'extension continue. L'enfant a gardé l'appareil trente-cinq jours. Il n'eut pas de fièvre, son état général était très bon. Deux mois après l'accident, la consolidation était parfaite, l'enfant commença à marcher. Aujourd'hui, quatrième mois après l'accident, l'enfant marche avec plus de sûreté qu'avant, dort bien, mange bien ; enfin, son état est très satisfaisant.

Le fait que le traumatisme n'a aucunement réveillé l'ancienne affection tuberculeuse me fait espérer avec raison, je crois, que le foyer tuberculeux est éteint pour toujours.

Je tire de ce fait la conclusion que les injections de chlorure de zinc produisent de telles transformations dans le tissu tuberculeux que même une lésion violente comme une fracture ne donne lieu à aucune manifestation tuberculeuse ni dans l'ancien foyer, ni dans le foyer de fracture.

Le traitement électrique des rétrécissements de l'urètre,

Par le Dr Danion (de Paris).

Deux méthodes électrothérapiques sont utilisées actuellement pour dilater les rétrécissements de l'urètre. La première (celle de Jardin) se propose, à l'aide d'un *uretrotome électrolytique*, de les franchir en un seul temps, sauf à employer des intensités élevées et le temps nécessaire. La seconde (celle de Newman, de New-York) se propose de les dilater en plusieurs temps et progressivement à l'aide d'olives métalliques d'un numéro de plus en plus élevé.

La première, qui porte encore le nom d'électrolyse linéaire, de section chimique linéaire, agit en détruisant les tissus, en les sectionnant.

Elle a plusieurs défauts. Le premier est d'être infidèle. Il est des cas en effet où, en dépit du maximum tolérable des intensités, c'est-à-dire de 45 à 55 M. A., les rétrécissements sont infranchissables. Ces cas ne sont pas rares, *lorsque les tissus coarctés sont rigides* et résistent à toute dilatation. En outre, la nécessité d'employer des intensités élevées a pour résultat de favoriser la tendance naturelle des tissus à la rétraction et d'assurer à brève échéance la reconstitution du rétrécissement dans des conditions de rigidité encore plus considérable.

Enfin ce procédé a le désagrément, qui est loin d'être négligeable, de provoquer des urétrites et surtout des cystites extrêmement rebelles.

Tous ces faits ont été bien démontrés par la clinique dans des conditions irréprochables d'observation.

Aussi ce procédé est-il incapable de soutenir aucune comparaison avec le suivant. Celui-ci, que j'ai aussi appelé urétrolyse progressive, utilise des intensités très faibles oscillant entre 3, 7 et 8 M. A., à l'aide d'olives métalliques conduites jusqu'au rétrécissement.

L'intervalle qui sépare les applications varie de quatre à sept jours, j'ai pu l'abaisser en combattant par des émollients et des injections lénitives l'irritation très légère que produit malgré tout l'action légèrement caustique de l'électrolyse et abréger ainsi la durée du traitement. Cependant une des conditions du succès est de ne pas chercher à le précipiter.

Le résultat obtenu est la dilatation des rétrécissements dans tous les cas sans exception jusqu'au n° 18 à 22. Le but poursuivi, qui est d'assouplir les tissus coarctés, de les rendre extensibles, dilatables, est complètement atteint, et la dilatabilité reste parfaitement acquise pour l'avenir, en dehors d'exceptions extrêmement rares.

Le traitement n'occasionne aucune douleur, aucun écoulement, aucune irritation, et n'interrompt pas un instant les occupations du malade.

Dès la première application, les rétrécis urinent beaucoup mieux; lorsqu'il existe des fistules périnéales, elles guérissent rapidement.

Le procédé Newmann est applicable dans tous les cas, sauf ceux où il existe une inflammation aiguë de l'urètre ou de la vessie qui demande à être préalablement combattue.

C'est un traitement des plus précieux. Quel est le mécanisme de la dilatation? Newmann dit que sous l'influence de l'électricité les tissus se résorbent. Il y a là, semble-t-il, une erreur. Quant aux auteurs qui se sont préoccupés de la question, ils ont prétendu que l'élargissement des tissus rétrécis était le résultat d'une série de destructions, le résultat de la divulsion et des effets « catalytiques » que l'on observe dans le cathétérisme dit « appuyé ». Ces hypothèses ne sont pas fondées : j'ai démontré au moyen de conducteurs d'une grande souplesse, ne permettant aucune divulsion, que celle-ci est absolument étrangère à la dilatation. Le cathétérisme peut être « appuyé » indéfiniment sans la produire. Il restait à démontrer que l'hypothèse de la destruction était également erronée et que l'élargissement est bien le

résultat de la modification introduite dans les tissus coarctés, modification en vertu de laquelle ils sont rendus extensibles, dilatables.

La manière dont j'ai pu faire cette démonstration m'a conduit à jeter les bases d'une méthode nouvelle de dilatation pleine de promesses.

Mais mon seul but aujourd'hui est de prouver que la dilatation obtenue est bien due exclusivement à une action électro-dynamique.

J'ai pris une sonde à « bout coupé » en métal recouvert d'un enduit de caoutchouc, laquelle dépasse de 1 à 2 millimètres l'extrémité vésicale métallique de façon à éviter tout contact de celle-ci avec la muqueuse et par suite tout effet caustique; je l'ai conduite jusqu'au rétrécissement, je l'ai remplie d'eau salée et j'ai fait passer des intensités variant de 15 à 35 et même 40 M. A.; ces dernières sont parfois difficiles à supporter, et j'ai pu de cette façon en 2, 3, et 5 séances, dilater des rétrécissements jusqu'aux n°s 18, 20 et 22, alors qu'ils n'admettaient qu'une bougie 8 et 10 auparavant. Je n'ai obtenu que 3 numéros de dilatation chez un autre malade qui était atteint de deux rétrécissements; mais chez un malade qui avait une rétention d'urine avec distension considérable de la vessie, j'ai pu, séance tenante, avec ce procédé, introduire une sonde n° 14 et vider la vessie.

Je m'occupe de faire construire des instruments destinés à mieux appliquer cette méthode nouvelle. Il est facile en effet de se rendre compte combien la sonde dont je me suis servi est primitive. La construction de ces instruments est malheureusement difficile, mais je ne pourrai déterminer exactement toute la valeur de ce procédé que lorsque je les aurai expérimentés.

Pour l'instant, j'ai atteint le but que je poursuivais. Il devient évident en effet que ce n'est point la destruction produite par l'électrolyse qui aboutit à la dilatation des rétrécissements, mais bien une action exclusivement électro-dynamique, puisque c'est la seule qui ait été mise en œuvre chez mes derniers dilatés.

Je crois qu'il est bien inutile d'insister sur la valeur de ce résultat, qui permet d'agir avec des intensités élevées sans l'ombre d'un inconvénient et sur les avantages considérables qui peuvent en résulter et qui, je l'espère, en résulteront.

Présentation d'un aspirateur vésical,

Par le Dr Duchastelet (de Paris).

Grosse tumeur de l'ovaire (épithélioma colloïde) à développement rapide, ayant déterminé une torsion de l'utérus et nécessité l'hystérectomie abdominale. — Guérison,

Par le Dr Berlin (de Nice).

Je présente au Congrès la relation d'un cas de chirurgie abdominale que j'ai observé récemment; il offre certaines particularités anatomiques qui lui donnent peut-être quelque intérêt :

Observation. — Le 6 mars 1893, Mme G..., vingt-trois ans, nullipare, m'est adressée par le Dr H. Faraut.

C'est une femme de petite taille, maigre, pâle, d'aspect chétif, sans antécédents héréditaires ni personnels.

Depuis seulement quatre mois, elle constate que son ventre grossit; elle ne peut préciser de quel côté a débuté la tuméfaction; mais, dans cette courte période, celle-ci a atteint le volume d'une *grossesse à terme.*

Pas de douleurs vives; pesanteur gênante, tiraillements dans la région des reins.

Depuis que le ventre a commencé à grossir, la malade perd continuellement du sang par la vulve, sous forme d'un suintement modéré mais ininterrompu.

Pas de leucorrhée.

Dépérissement notable, amaigrissement, perte de l'appétit et des forces.

Le ventre est occupé tout entier par une tumeur remontant jusqu'à l'appendice xiphoïde, d'une dureté ligneuse en tous ses points; quelques bosselures peu accentuées, perceptibles à la vue et à la palpation; léger développement du réseau veineux sous-cutané vers le flanc droit et le pli de l'aine du même côté.

Matité absolue, généralisée à toute la surface de la tumeur, même dans la partie la plus déclive des flancs; à peine un peu de sonorité au voisinage de l'appendice xiphoïde.

Pas de fluctuation appréciable, malgré une recherche très attentive, sauf peut-être en quelques zones excessivement restreintes.

Auscultation négative; aucune trace de mouvements fœtaux.

Au toucher : col petit, à orifice lenticulaire, normal comme consistance; utérus assez mobile, non limitable par le palper à sa partie supérieure, refoulé à gauche et en arrière; le cul-de-sac gauche n'existe plus; le cul-de-sac droit est effacé et comblé par la tumeur, laquelle, à ce niveau, offre la même consistance de dureté ligneuse qu'à travers la paroi du ventre. L'utérus est manifestement distinct de la tumeur; il n'en subit les déplacements provoqués que par contiguïté.

Hystérométrie, 9 centimètres. Une sonde, introduite dans la vessie, montre que celle-ci est complètement refoulée à gauche de la ligne médiane.

Aucun trouble de compression; miction et défécation normales; pas de douleurs ni d'œdème du côté des membres inférieurs.

Examen de l'urine : 1 300 grammes en vingt-quatre heures; *quantité appréciable d'albumine*; pas de sucre.

Diagnostic. — La rapidité du développement de cette tumeur et son défaut de continuité avec l'utérus écartent l'idée d'un *fibrome utérin*.

Ce dernier caractère exclut aussi l'hypothèse d'une *tumeur fibro-kystique de l'utérus.*

Une *grossesse extra-utérine* n'eût pas atteint, en quatre mois, un semblable volume; d'ailleurs, étant donné que la tumeur grossit de jour en jour, il faudrait admettre que le fœtus est encore vivant; or, l'auscultation et la recherche des mouvements fœtaux actifs sont négatives.

L'indolence absolue de la tumeur, son énorme volume, l'absence de phénomènes aigus et d'accidents fébriles éliminent toute la classe des *suppurations péritonéales enkystées*, des *suppurations annexielles* et des *hématocèles.*

Il ne peut donc s'agir que d'une tumeur de l'ovaire et la question se circonscrit entre deux éventualités : — un *kyste de l'ovaire* à loges très petites et à cloisons très charnues (*épithélioma colloïde*) ; — un *sarcome kystique de l'ovaire.*

Opération. — Je pratique la laparotomie le 18 mars.

Incision de 8 centimètres entre l'ombilic et le pubis; rien de particulier dans les premiers temps de l'opération; la cavité péritonéale est ouverte sans incidents; pas d'adhérence entre la tumeur et la paroi abdominale; léger degré d'ascite.

La surface de la tumeur est d'un gris nacré brillant, d'aspect aponévrotique, comme celle des kystes de l'ovaire. La ponction, pratiquée successivement en trois points, ne donne pas de liquide; la pointe du trocart ramène seulement une petite quantité de matière gélatineuse, très visqueuse et très épaisse.

J'agrandis l'incision abdominale jusqu'au voisinage de l'appendice xiphoïde; j'introduis ma main à plat entre la paroi abdominale et la tumeur ; j'explore la surface de cette dernière, laquelle est dure en tous ses points, uniformément lisse, à part quelques dépressions peu marquées; elle occupe toute la cavité abdominale, remonte en haut jusqu'au diaphragme, plonge en bas dans la cavité pelvienne et résiste aux tractions les plus énergiques ayant pour but de l'amener en bloc hors du ventre.

Je l'attaque largement avec les ciseaux; j'y introduis peu à peu deux doigts et je constate qu'elle est constituée surtout par de grosses masses de tissu lardacé, très dur, circonscrivant une multitude de petites loges qui renferment une substance gélatineuse. Je procède à un travail d'effondrement graduel, très long et très laborieux, en raison de la résistance exceptionnelle des tissus au milieu desquels mes doigts cheminent. A un moment donné, j'obtiens une brèche suffisante pour introduire ma main tout entière; j'arrive peu à peu à énucléer une énorme masse de tissu solide, du volume d'un gros placenta, que j'amène péniblement au dehors; il va sans dire que, pendant tout ce travail de morcellement, le péritoine et les intestins sont protégés le mieux possible par des compresses; mais cette protection n'est que relative, la tumeur n'ayant pu être amenée au

dehors et toutes ces manœuvres s'effectuant, en réalité, dans le ventre.

L'extraction de ce gros fragment solide donne lieu à un abondant suintement veineux à l'intérieur de la poche. Les bords de l'incision de la tumeur sont rapidement rapprochés à l'aide de grosses pinces à plateaux, et la tumeur, ainsi diminuée de volume, quoique très grosse et très dure encore, est amenée à l'extérieur; elle ne présente pas d'adhérences notables, sauf à la partie inférieure.

Je constate qu'elle occupe la partie droite de l'abdomen et qu'elle adhère fortement au bord de l'utérus *qui regarde à droite*; c'est à dessein que je ne dis pas *au bord droit de l'utérus*, nous verrons pourquoi tout à l'heure.

Elle est d'ailleurs manifestement développée aux dépens de l'ovaire; la trompe, située en avant d'elle, s'étale et adhère à sa surface. J'isole cette trompe, séance tenante, et je la sectionne, entre deux ligatures, au voisinage de la corne utérine.

Je tente alors de pédiculiser la tumeur à sa partie inférieure; mais elle est manifestement incluse dans le ligament large et je rencontre des obstacles insurmontables, tant sont étendues et intimes ses connexions avec l'utérus et avec le cul-de-sac vaginal; au cours de mes tentatives de décortication, il se produit même une petite déchirure du tissu utérin, au voisinage de la corne; je juge préférable d'en finir par l'hystérectomie supra-vaginale.

Je me transporte donc à gauche et me mets en devoir de désinsérer le ligament large de ce côté.

Mais ici m'attendait une surprise. Au moment d'attaquer ce ligament large, je constate que les annexes y présentent la disposition suivante : *en arrière le ligament rond*; *en avant de celui-ci*, *la trompe*; puis, *accolé au bord antérieur de la trompe*, *l'ovaire*; en résumé, une transposition complète des annexes d'avant en arrière.

En y regardant de plus près, je reconnais alors que la tumeur, bien que située directement *à droite* de l'utérus, est, en réalité, une tumeur de l'*ovaire gauche*, laquelle, ayant évolué en arrière, puis à droite, a imprimé à l'utérus une rotation d'un demi-cercle, transportant à droite le bord gauche de cet organe et entraînant à gauche les annexes droites [1].

Cette constatation faite, les rapports normaux des organes sont rétablis, séance tenante, par le transport de la tumeur à gauche; la détorsion de l'utérus et celle de la vessie s'effectuent sans peine.

1. La vessie avait subi une torsion parallèle; la déviation de cet organe à gauche était même le seul signe qui, lors de l'examen de la malade, aurait pu attirer l'attention; mais cette déviation, ainsi que le refoulement de l'utérus à gauche, s'expliquaient trop naturellement par le développement d'une tumeur volumineuse des annexes droites pour qu'on pût leur attribuer une cause aussi insolite.

En résumé, on peut dire que le diagnostic préalable de cette disposition anormale était impossible, puisque, même le ventre étant ouvert, même la tumeur se trouvant entre les mains et sous les yeux, nul ne mettait en doute, pendant toute la première partie de l'opération, qu'il ne s'agît d'une tumeur de l'ovaire droit. Il a fallu l'inspection des annexes du côté sain pour faire découvrir cette torsion de l'utérus qui n'a pas encore été signalée, que je sache, dans les tumeurs de l'ovaire.

Le ligament large du côté droit, remis à sa place, est saisi entre les mors d'une longue pince, tout contre le bord de l'utérus ; il est lié tout près de son bord externe et sectionné entre la ligature et les annexes.

Je constate une fois de plus l'impossibilité de détacher de l'utérus et du vagin le segment inférieur de la tumeur. Je place, aussi bas que possible, vers le col de l'utérus, un lien élastique qui enserre à la fois la tumeur et l'utérus; utérus et tumeur sont sectionnés en bloc à quelques centimètres au-dessus de ce lien ; le pédicule est ensuite raccourci et égalisé à coups de ciseaux.

Le tablier épiploïque, qui est venu plusieurs fois au contact du contenu de la tumeur, pendant les manœuvres d'évidement, est lié, en chaîne, à sa partie supérieure et réséqué.

Lavage prolongé du péritoine avec 8 à 10 litres d'eau bouillie; abstersion des parties déclives avec des compresses stérilisées.

En raison de la nature suspecte de la tumeur et en vue de prévenir l'inoculation du péritoine, je donne la préférence au traitement extrapéritonéal du pédicule, selon la méthode employée par Pozzi : placement de deux broches d'acier en croix, qui restent hors du ventre; suture d'une collerette péritonéale autour du pédicule, par un surjet au catgut; suture en surjet, au catgut, du péritoine et du plan musculo-aponévrotique; suture de la peau par des points séparés au cris de Florence; embaumement du pédicule sous une épaisse couche d'iodoforme et de tannin; pansement abdominal à la gaze iodoformée et au coton stérilisé, maintenus par un bandage de corps en flanelle.

Durée totale de l'opération, deux heures environ.

Réveil assez facile ; cathétérisme vésical, un verre environ d'urine non sanguinolente; T. = 37°; P. = 100, très faible; injection sous-cutanée d'éther.

Suites opératoires. — Les suites opératoires ont été complètement simples et apyrétiques.

Le pansement a été défait pour la première fois le neuvième jour; les sutures ont été enlevées le douzième jour, la réunion de la plaie abdominale, par première intention, étant parfaite.

Le pédicule s'est mortifié aseptiquement ; il a été pansé de quatre en quatre jours, à partir du neuvième jour, avec le mélange d'iodoforme et de tannin; le sillon d'élimination a été touché chaque fois avec la solution de chlorure de zinc à 1/10. Le pédicule s'est détaché en bloc (broches et ligature élastique comprises), le trentième jour, laissant un infundibulum qui s'est rapidement comblé par bourgeonnement.

La malade s'est levée le quarantième jour et a repris sa vie normale, en parfait état de santé, ayant retrouvé son appétit et pris déjà un embonpoint notable.

Examen micrographique de la tumeur,

Par le Dr Pilliet, Chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale de la Pitié.

« La tumeur est un *épithélioma colloïde de l'ovaire.* Sa structure est la même en tous ses points, c'est-à-dire qu'elle est constituée uniquement

par un stroma grêle, tapissé par une seule couche de cellules caliciformes. Il en résulte que les alvéoles de ce stroma ont été distendues, et assez rapidement, par une sécrétion muqueuse, condensée et épaissie, devenue glutineuse.

La généralisation n'est pas probable si le kyste n'a pas présenté d'ulcération à sa surface, s'il n'a pas rompu sa paroi fibreuse et s'il n'a offert aucun point bourgeonnant au contact du péritoine. »

Cette conclusion justifie pleinement les considérations qui m'ont conduit à adopter le *traitement extra-péritonéal* du pédicule.

Remarques sur le traitement de l'occlusion intestinale aiguë,

Par le Dr Ch. Monod, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ai observé dernièrement cinq cas d'occlusion intestinale aiguë dont quatre ont été suivis de guérison. Il m'a paru intéressant de relater sommairement ces faits pour montrer une fois encore l'importance d'une thérapeutique active dans l'occlusion intestinale aiguë.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de soixante-treize ans, entrée, le 3 février 1893, à l'hôpital Saint-Antoine pour des accidents d'obstruction datant de trente-six heures. Suppression absolue des matières et des gaz; vomissements non fécaloïdes, facies grippé; douleurs abdominales très vives; météorisme manifeste, mais pas considérable. Le palper abdominal ne permet de découvrir aucune tuméfaction suspecte. Les touchers rectal et vaginal sont négatifs. Les orifices herniaires sont libres; la malade n'a jamais eu de hernie.

Un lavement électrique d'une durée d'un quart d'heure est aussitôt administré (3 février), sans résultat.

Il est renouvelé dans la soirée du même jour; une heure après, une débâcle considérable se produisait.

Le lendemain, 4 février, purgatif (huile de ricin); selles faciles et abondantes.

La malade nous quitte le 14 février. Les garde-robes sont régulières, grâce à un laxatif administré tous les jours.

Elle est revenue dans les premiers jours de mars; l'état continue à être excellent.

Mon second cas est absolument semblable au précédent à ceci près que le malade n'avait que quarante ans, et qu'il avait été opéré un an auparavant d'une hernie inguinale étranglée.

Lorsqu'il rentra dans mon service avec des accidents d'obstruction complète, datant de vingt-quatre heures, ma première pensée fut qu'il s'était produit, au niveau de l'anse intestinale étranglée et réduite, des lésions inflammatoires qui en obstruaient le calibre; qu'il y avait lieu en tout cas de s'assurer *de visu* de l'état des parties à ce niveau. Considérant cependant que la région n'était ni douloureuse ni tuméfiée, impressionné, comme je l'étais, par le succès que venait de me donner le lavement électrique dans le cas que je viens de rapporter, je résolus de mettre de nouveau ce moyen en œuvre, quitte à procéder dès le lendemain à l'opération s'il échouait.

Le lendemain, en arrivant à l'hôpital, j'appris que la débâcle s'était produite. Quelques jours après, le malade quittait l'hôpital, guéri. Je l'ai revu un mois plus tard; aucun incident nouveau n'était survenu.

Les trois autres cas ont été traités par la laparotomie.

Le premier est celui d'un jeune homme de dix-huit ans dont l'observation a été publiée *in extenso* dans les Bulletins de la Société de Chirurgie [1]. Après échec du lavement électrique, la laparotomie fut pratiquée le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, quatre jours après le début des accidents. Je pus trouver et lever l'agent de l'étranglement, constitué par une bride qui siégeait dans la fosse iliaque droite, aux environs de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum. La guérison suivit promptement.

L'histoire de mon quatrième malade est, à certains égards, plus intéressante. Tout, chez lui, permettait de croire à une lésion organique de l'intestin : son âge d'abord, — il avait dépassé la cinquantaine; les troubles que depuis quelque temps déjà il avait éprouvés du côté de l'intestin, — alternatives de diarrhée et de constipation depuis trois ans, récemment selles noires; son état de maigreur, qui allait s'accentuant depuis trois mois. Les accidents d'obstruction dataient de huit jours; à son entrée, la suppression des selles et des gaz est absolue, les vomissements, non fécaloïdes, incessants.

Comme dans les trois cas précédents, je fais tout d'abord donner le lavement électrique. Il fut renouvelé le soir, sans résultat.

Dès le lendemain, je procédai à l'opération. Le diagnostic de cancer de l'intestin paraissait, chez cet homme, si probable que ma première idée fut de lui pratiquer un anus contre nature. Je renonçai bientôt à ce parti en considérant la forme du ballon-

1. *Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1890, p. 372.

nement du ventre. Il était manifeste en effet, surtout chez le malade endormi, que la distension portait principalement sur l'intestin grêle, qui faisait dans la partie centrale de l'abdomen un relief évident, tandis qu'alentour les régions occupées par les diverses portions du gros intestin étaient plutôt affaissées. J'en conclus que l'obstacle devait siéger sur une anse appartenant à l'intestin grêle, condition défavorable à l'établissement d'un anus contre nature. Il me parut plus rationnel de faire la laparotomie médiane, puis de me comporter suivant les circonstances.

Je n'eus qu'à me féliciter de cette décision. Le ventre ouvert, je pus constater : 1° que, comme je l'avais supposé, le gros intestin était affaissé ; 2° que l'étranglement portait sur le petit intestin seul, et cela à sa partie tout à fait terminale. L'agent de cet étranglement était une bride fibreuse faisant corps avec l'intestin grêle, juste au point où il s'abouche avec le cæcum. Il me suffit de détruire cette bride d'un coup de ciseau pour rendre à l'intestin sa liberté.

Le ventre est aussitôt refermé. Le premier pansement fut fait dix jours après, les fils enlevés ; la réunion était complète. Le cours des gaz s'était rétabli immédiatement après l'opération ; celui des matières, provoqué par un purgatif, le fut deux jours plus tard.

Dans mon cinquième et dernier cas, la mort a promptement suivi l'intervention. Le fait n'en est pas moins instructif. J'étais appelé, le 1er avril dernier, auprès d'une jeune fille de quinze ans, qui, depuis le 26 mars, c'est-à-dire depuis six jours, présentait des accidents d'obstruction intestinale. La jeune malade était habituellement constipée et l'on ne s'inquiéta pas tout d'abord de voir les purgations, cependant répétées, rester sans effet. Ce ne fut que quand à l'absence des selles se joignirent le ballonnement du ventre, de vives douleurs et enfin des vomissements, que l'éveil fut donné et qu'on fit appel à une médication plus active. Lorsque je vis la malade pour la première fois, dans la matinée du 1er avril, le ventre était très distendu ; mais, comme chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire, la tuméfaction était surtout centrale ; les parties périphériques, correspondant au gros intestin, étaient manifestement moins saillantes. La suppression des selles et des gaz était absolue ; il n'y avait plus de vomissements. Le facies était bon, non péritonitique. Le pouls bon également ; la température à 38°. La malade était surtout tourmentée par de vives douleurs revenant par crises et siégeant dans la région lombaire.

Par acquit de conscience, et aussi parce que rien n'était prêt pour une intervention d'urgence, je différai toute tentative opératoire et conseillai le lavement électrique.

Il n'eut aucun résultat. Au contraire, lorsque je revis la petite

malade, le soir, le ballonnement du ventre avait augmenté, le pouls était plus fréquent, la température montait à 39°. Les douleurs étaient toujours aussi vives. Il n'y avait toujours pas de vomissements.

L'opération s'imposait. Je décidai d'y procéder immédiatement. Je ne la décris pas en détail. Il me suffira de dire qu'une large ouverture du ventre sur la ligne médiane me permit de reconnaître que la cause de l'obstruction n'était autre qu'un énorme volvulus, intéressant, autant que j'en pus juger, près de deux mètres d'intestin grêle. Je dus malheureusement constater en même temps que les anses tordues étaient déjà le siège d'altérations irrémédiables; de couleur verdâtre par place, feuille-morte dans d'autres, elles avaient sur toute leur étendue l'aspect que présente l'intestin dans une hernie étranglée, lorsque la striction prolongée en a déterminé le sphacèle. La détorsion du pédicule ne modifia en rien cette apparence. Il était dès lors certain que la vie était incompatible avec une lésion pareille. La résection d'une aussi longue portion d'intestin n'était pas possible, et l'anus contre nature n'aurait en rien amélioré la situation, dont la gravité résultait de l'état de l'intestin que nous nous trouvions contraint de laisser en place. Force fut donc de me contenter de refermer le ventre et d'annoncer aux parents de la malade une mort prochaine. Celle-ci survint le lendemain dans la journée, elle fut sans souffrance; ce fut le seul bénéfice de l'opération tentée.

J'ai dit que ce fait portait avec lui son enseignement. On peut se demander en effet si une intervention plus prompte n'eût pas permis de sauver cette enfant. — Si, comme dans les deux cas précédents, la laparotomie avait été pratiquée dès les deuxième ou troisième jours, dès qu'il eût été démontré que l'obstacle était infranchissable, peut-être que la remise en bonne situation des anses tordues aurait été suivie d'un résultat favorable.

Il me semble en somme que de l'ensemble des faits qui précèdent découle cette conclusion que, dans les cas d'étranglement interne aigu, surtout lorsqu'on a quelque raison de croire que l'obstacle porte sur l'intestin grêle, il conviendrait d'agir suivant les règles universellement adoptées aujourd'hui pour le traitement de la hernie étranglée, de l'étranglement dit externe. S'assurer tout d'abord que l'obstacle est réel, et pour cela le lavement électrique paraît être une des meilleures pierres de touche. S'il est démontré tel, procéder aussitôt à une laparotomie, qui, dans certains cas, pourra n'être qu'exploratrice, mais sera dans d'autres, et plus souvent qu'on ne le pense, véritablement curative.

Des indications opératoires dans l'occlusion intestinale,

Par le Dr G. Maunoury, Chirurgien de l'hôpital de Chartres.

J'ai depuis une quinzaine d'années opéré quatorze malades atteints d'occlusion intestinale, huit par laparotomie, six par entérotomie. Sur ce nombre onze sont morts et trois ont guéri, ce qui donne une mortalité de 78 p. 100. Ces résultats déplorables tiennent certainement en partie à des causes qui échappent à notre action : le mauvais état général, les lésions irréparables produites dans l'abdomen, l'incertitude du diagnostic, l'impossibilité de transporter les malades, et par suite la difficulté de réaliser une antisepsie rigoureuse. Mais il faut ajouter que l'acte opératoire lui-même et les manœuvres qu'il entraine sont loin d'être innocents, et il n'est pas rare de voir mourir quelques heures après l'opération un malade dont l'état général permettait de compter sur une survie de plusieurs jours. Enfin ces mauvais résultats tiennent aussi à ce que sur cette question nous en sommes encore à la période de tâtonnement et que les indications opératoires ne sont pas encore suffisamment précises.

Et pourtant il s'agit là d'une opération d'urgence que tout chirurgien a le devoir de pratiquer au même titre que la trachéotomie dans le croup; et quand bien même la mortalité resterait élevée, l'opération n'en serait pas moins formellement indiquée, puisque c'est à un moment donné la seule chance de salut. Il importe donc de se tracer une ligne de conduite parfaitement nette. Je vous soumets celle que je regarde comme la plus pratique et la plus sûre; elle découle non seulement des faits que j'ai observés, mais aussi de ce qui a été dit depuis deux ou trois ans dans les sociétés et les congrès de chirurgie. Je suis intimement convaincu qu'elle me donnera de meilleurs résultats, et, jusqu'à plus ample informé c'est celle que je suis désormais décidé à suivre.

I. Un mot d'abord sur le moment où il convient d'intervenir. Lorsqu'on a commencé à s'occuper du traitement chirurgical de l'occlusion, on pensait que la fréquence des insuccès tenait à ce que le chirurgien était appelé trop tard, alors qu'il y avait déjà de la péritonite, et l'on fut à peu près unanime à recommander l'intervention précoce. Il n'en est plus tout à fait de même aujourd'hui. L'opération précoce a certainement beaucoup plus de chances de succès que l'opération tardive, mais pour apprécier exactement sa valeur, il faudrait défalquer du pourcentage de ses succès le pourcentage de la guérison spontanée de l'occlusion. Que de fois l'obstacle a cédé au moment où on allait opérer! Si

encore l'intervention était bénigne, on pourrait passer outre et agir quand même, mais c'est toujours une chose grave, et il est permis de se demander si le chirurgien, en opérant de bonne heure, va être utile ou nuisible à son malade. Ces raisons doivent empêcher de prendre le bistouri aux premiers symptômes d'occlusion; il faut attendre, et pendant ce temps on aura recours aux moyens thérapeutiques médicaux : lavement d'eau de seltz, électricité, etc.

Jusqu'où doit être poussée cette attente? Jusqu'à ce qu'on estime qu'il serait dangereux d'attendre davantage. Le danger est imminent si le ballonnement devient excessif, si le malade s'épuise, si le pouls faiblit ou devient fréquent, si la température s'élève, si les vomissements fécaloïdes paraissent. Dès que l'on voit poindre un de ces symptômes avant-coureurs du danger, il n'y a plus à hésiter une seule minute, c'est de suite qu'il faut agir, car en quelques heures l'aggravation peut être irréparable. Un malade qui est resté pendant quinze jours sans paraître trop fatigué de son occlusion, pourra en quelques heures devenir inopérable. Il y a donc là un moment à savoir saisir.

II. Quelle opération devra-t-on faire? Il est généralement admis que c'est le diagnostic qui doit décider du mode d'intervention: s'il s'agit d'une bride, d'un volvulus, d'une invagination récente, on conseille la laparotomie; si au contraire il s'agit d'un cancer intestinal ou d'une invagination chronique, l'anus contre nature est indiqué. Ce serait là un point à discuter, mais la discussion serait oiseuse, puisque de l'aveu de tous le diagnostic est presque toujours impossible et que les plus habiles s'y trompent constamment. Pour l'intervention chez ces malades dont le diagnostic reste obscur, c'est-à-dire chez presque tous, les chirurgiens se divisent en deux camps bien tranchés; les uns sont laparotomistes, les autres entérotomistes.

On a également tenté de chercher dans les formes cliniques de l'occlusion une indication opératoire, et on a recommandé la laparotomie dans la forme aiguë et l'entérotomie dans la forme chronique. Cette classification ne peut avoir d'importance thérapeutique qu'en facilitant le diagnostic, car on ne comprendrait pas comment la marche plus ou moins rapide des accidents peut influer sur le choix de l'opération. Vous savez d'ailleurs combien il est illusoire de baser un diagnostic sur le mode de début, vous avez tous vu des cancers de l'intestin simuler à s'y méprendre un volvulus.

Je vais certainement heurter l'opinion de plusieurs d'entre vous, mais il me semble que pour savoir quelle conduite on doit tenir, il est bon de ne pas trop s'appuyer sur le diagnostic, qui

est toujours plus ou moins incertain; il y a quelque chose de beaucoup plus important, c'est le ballonnement intestinal. C'est là le symptôme capital qui devra nous servir de guide pour choisir l'une ou l'autre opération.

Notez que ce symptôme, très facile à constater, est précisément ce qui rend la laparotomie redoutable et souvent inefficace. Il suffit d'avoir fait quelques laparotomies sur un ventre ballonné ou d'y avoir assisté pour savoir quelle difficulté on éprouve à trouver l'agent d'obstruction et à en reconnaître la nature; aussi a-t-on conseillé pour cela différentes manœuvres qui ne sont pas sans danger, telles que le dévidement graduel de l'intestin, sa sortie en masse, etc., mais malgré tout la difficulté reste extrême et il n'est pas très rare de voir le chirurgien refermer le ventre sans avoir pu trouver et lever l'obstacle.

La rentrée des anses intestinales distendues est en outre fort périlleuse. Là aussi on a imaginé un certain nombre de procédés : ponction ou incision de l'intestin, compresse recouvrant la masse intestinale et dont les bords sont introduits sous la paroi abdominale, etc., pour réduire l'intestin sorti, mais cette rentrée ne peut se faire qu'au prix d'une malaxation prolongée, de contusions multiples, de déchirures d'une ou de plusieurs tuniques de l'intestin et ces lésions traumatiques jouent certainement le principal rôle dans la mort qui suit à bref délai ces sortes d'opérations.

Le ballonnement rendant la laparotomie parfois inefficace et toujours dangereuse, il est tout naturel de conclure qu'il doit la contre-indiquer. Il faut établir alors un anus contre nature. Vous savez qu'on opère habituellement à droite, car de ce côté on peut, une fois la paroi abdominale incisée, aller avec les doigts à la recherche du cæcum; s'il est distendu, on fait la cæcotomie; s'il est vide, on ouvre une anse de l'intestin grêle.

S'il n'existe pas de ballonnement ou si ce ballonnement est modéré, la laparotomie est indiquée; elle est alors facile, sans danger, et permet le plus souvent de bien voir le siège de l'occlusion et d'y remédier.

Deux objections me paraissent susceptibles d'être faites à l'importance donnée au ballonnement dans le choix de l'opération.

La première peut se formuler ainsi : faire un anus iliaque pour une occlusion par bride ou par volvulus, simplement parce qu'il y a du ballonnement, c'est s'exposer à voir survenir une péritonite suraiguë par perforation de l'intestin au niveau de l'obstacle.

Là est évidemment le point faible de la méthode, mais je crois qu'il ne faut pas l'exagérer. Je laisse de côté la difficulté du dia-

gnostic, qui mériterait bien d'entrer en ligne de compte, et je suppose démontrée l'existence d'une bride, d'un volvulus ou d'une invagination aiguë. Même dans ce cas, l'anus artificiel me semble préférable à la laparotomie s'il existe du ballonnement, car le danger d'une péritonite par perforation me paraît moins grand que celui d'une péritonite par malaxation des anses distendues. L'intestin pourra se gangrener au niveau de l'obstacle, mais si, grâce à l'entérotomie, la distension intestinale disparaît, la partie sphacélée sera moins exposée à la rupture, elle pourra s'entourer d'adhérences qui protégeront le péritoine et quelque temps après s'éliminer par le rectum. Cette élimination se produit parfois spontanément dans l'invagination; je l'ai observée également l'année dernière dans un cas où il existait probablement une bride et où je fis l'entérotomie.

Observation I. — *Occlusion intestinale. Entérotomie le dixième jour. Rétablissement du cours normal des matières après plusieurs selles gangréneuses. Fermeture de l'anus artificiel. Guérison.*

M. M., âgé de quarante-huit ans, est depuis un an sujet à la diarrhée, en même temps il a pris beaucoup d'embonpoint. Depuis trois ou quatre jours il allait peu à la selle, n'avait pas d'appétit, éprouvait quelques coliques avec borborygmes, lorsque dans la nuit du 23 au 24 octobre 1892, vers deux heures du matin, les coliques qui avaient été assez vives dans la journée devinrent très intenses et il envoya chercher son médecin, le Dr Colas. Dans la journée du 24, huile de ricin, limonade purgative, lavements, qui donnent des vomissements mais pas de selles. Le 25, jour où je vois le malade pour la première fois, les coliques sont très vives, le ventre commence à se ballonner, il est douloureux surtout à droite et un peu plus bas que l'ombilic. Dans la journée le malade a rendu une selle liquide peu abondante et un gaz. Diagnostic : obstruction intestinale peu serrée, probablement par bride ou par néoplasme. Un lavement d'eau de seltz, donné le soir avec une sonde œsophagienne portée à 55 centimètres dans le gros intestin, donne lieu à une détente remarquable : les coliques disparaissent complètement, le ballonnement diminue beaucoup, le ventre redevient souple et indolent, le pouls est à 90, la température normale, mais il ne passe ni gaz ni matières. Cette détente persiste les jours suivants. Le 30 octobre, il y a une débâcle abondante de gaz, mais aucune matière. Nous donnons ce jour-là un lavement électrique de 20 à 25 minutes, avec courant de 35 à 50 milliampères, plaque dorsale négative et électrode positive dans le rectum; le courant est renversé quatre fois. Aucun résultat.

1er novembre : le ventre se ballonne de nouveau, figure fatiguée, le pouls est encore très bon et la température normale. Lavage de l'estomac donnant issue à du liquide bilieux sans odeur fécale.

2 novembre, ventre très ballonné. Pouls mou, à 124; temp., 37°,7. Hoquet. Pas de vomissements.

L'intervention chirurgicale ne peut être différée davantage; nous pro-

cédons ce jour même à l'entérotomie. Incision de 10 centimètres au-dessus de l'arcade crurale droite; à l'ouverture du péritoine, faite avec précaution, il s'écoule de la sérosité limpide et les anses de l'intestin grêle, rouges et distendues, tendent à s'échapper par la plaie. Je les refoule avec le doigt qui va explorer les régions voisines, on ne trouve aucun agent d'obstruction et on constate que le cæcum est vide. La plaie est alors réduite à quatre centimètres par des sutures et j'y fixe la première anse distendue qui s'y présente; cette anse fixée est incisée sur une longueur de 1 cent. 1/2 et il s'en échappe une quantité considérable de matières intestinales liquides. Le soir de l'opération, pouls à 130, temp., 39°,5. Le malade ne souffre pas du ventre, ne vomit pas, il prend avec plaisir des aliments : bouillons, champagne, œufs.

Les jours suivants, l'état s'améliore graduellement; le ventre est affaissé, indolent; la température revient à la normale, il n'y a pas de vomissements, mais le pouls reste fréquent, de 118 à 124, parfois intermittent. Cet état du pouls me paraît vraisemblablement dû à du sphacèle se produisant au niveau de l'obstacle, mais le palper abdominal qui se fait très facilement ne révèle rien. Le malade a peu d'appétit; on lui donne chaque jour un lavement alimentaire par l'anus normal.

Les premiers jours qui suivent l'opération, il sort de temps en temps par l'anus normal un gaz. Le 8 novembre, le lavement nutritif quotidien ramène quelques matières fécales extrêmement fétides, venant évidemment d'un point voisin de l'obstacle; à la suite, il passe trois ou quatre gaz.

Les jours qui suivent, les 9 et 10, l'état général est moins bon, la figure est fatiguée, la langue sèche. Ces jours-là il se produit un symptôme fort singulier : sur la peau qui entoure la plaie et sur les deux membres supérieurs, il se produit des plaques d'un blanc mat, formant un léger relief comme celles de l'urticaire, sur lesquelles paraissent ensuite des taches ecchymotiques.

A partir du 11 novembre, l'état général s'améliore rapidement, l'appétit revient et le pouls est excellent. A partir de ce jour également, il sort par l'anus normal du gaz et quelques cuillerées de matières fécales liquides ayant une odeur gangreneuse très fétide. Ces selles s'observent jusqu'au 19 novembre. A dater de ce jour, le malade rend à peu près chaque jour par l'anus normal des matières fécales épaisses, d'odeur normale avec de nombreux gaz.

Le 25 novembre, j'essaie de fermer l'anus anormal avec un tampon; le résultat est très satisfaisant : bien qu'il ne s'écoule plus que fort peu de matières par cette ouverture, le malade n'éprouve aucune colique et il a chaque jour une selle normale, moulée, abondante, sans trace de sang.

1er décembre. Le cours normal des matières paraissant complètement rétabli, je songe à fermer l'anus artificiel. Mais auparavant, je désire avoir des renseignements plus précis sur la nature et le siège de l'obstacle. Une laparotomie médiane pourrait nous les fournir, mais il me semble qu'une exploration avec le doigt introduit profondément dans un des bouts et même dans les deux bouts de l'anus artificiel me donnerait les mêmes indications, et cela sans danger. Une fois ce renseignement obtenu, je

pourrai déterminer avec beaucoup plus de rigueur le siège de l'incision à faire pour supprimer l'obstacle, s'il existe.

Je pratique cet examen aujourd'hui même, et ses résultats me paraissent extrêmement intéressants. Je constate d'abord que l'éperon est flasque, assez éloigné de l'ouverture cutanée pour ne gêner aucunement le passage des matières d'un bout dans l'autre; il n'y a donc pas lieu de songer à la section de cet éperon.

Le doigt porté plus loin dans l'un et l'autre bout permet d'explorer avec une grande facilité la cavité abdominale; on sent le promontoire, l'artère iliaque primitive absolument comme si on les touchait à nu. La fosse iliaque droite est complètement libre. J'explore aussi la masse intestinale à l'aide de ce doigt intestinal et de la main placée sur la paroi abdominale; je n'y sens aucune induration. Dans le bout supérieur, le doigt ne trouve rien d'anormal dans la cavité de l'intestin, mais à travers sa paroi on sent une bride épaisse, indurée, grosse comme le doigt, non mamelonnée. Est-ce une simple bride fibreuse ou une anse voisine indurée? il serait difficile de le dire, en tout cas cette partie est peu volumineuse et bien mobile. Dans le bout inférieur, le doigt porté très profondément arrive à sentir une partie rétrécie, lisse, régulièrement ronde, ne paraissant pas ulcérée ni placée sur une induration sous-jacente; cela ressemble à un rétrécissement fibreux, d'ailleurs franchissable; je ne pense pas que cela puisse être la valvule iléo-cæcale. Je procède d'ailleurs dans cette recherche avec beaucoup de ménagements. De ce que je puis sentir cet anneau avec le doigt, il ne faudrait pas conclure qu'il n'est distant de l'ouverture anormale que de quelques centimètres. En effet, pour le sentir, je suis obligé de déprimer très fortement la paroi abdominale, et il me semble que le bout intestinal, affaissé un peu sur lui-même et en quelque sorte aplati dans sa longueur par la main, aurait bien 15 à 20 centimètres s'il était étendu.

Cet examen me décide à maintenir encore pendant un certain temps un tampon sur l'anus artificiel avant de songer à le fermer. Ce tampon sera d'ailleurs appliqué assez solidement pour empêcher toute issue de matières au dehors.

Les jours suivants, le malade se lève et se promène avec son tampon bien appliqué, ayant chaque jour une selle normale sans la moindre colique. Le 16 décembre, je procède à un nouvel examen et il m'est impossible de retrouver ni la bride ni le rétrécissement que j'avais sentis quinze jours auparavant; la cavité abdominale paraît parfaitement libre. Comme en même temps les selles se font normalement, j'estime que l'on peut supprimer l'ouverture anormale.

Après la préparation habituelle, cette opération est pratiquée le 30 décembre. Je dissèque l'intestin sur une hauteur de 1 cent. 1/2 à 2 cent. sans pénétrer dans le péritoine, et je le suture par une première rangée de trois points de Perier, puis par une seconde rangée de sept points de Lembert. Par-dessus je suture la couche aponévrotique avec de la soie, et enfin la peau avec cinq points de crin de Florence.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Le 6 janvier, je fais le pansement et j'enlève les sutures; réunion immédiate. Toutefois les jours

suivants il s'est produit deux fistulettes insignifiantes qui ont persisté longtemps; elles n'ont jamais donné lieu au moindre suintement de matière intestinale et étaient probablement dues à la soie d'un point de suture profonde.

Le 30 janvier, le malade reprend sa vie et ses occupations habituelles qu'il n'a plus abandonnées depuis. Il jouit actuellement (avril 1893) d'une santé excellente, il a bon appétit et ne ressent jamais de coliques.

On peut encore objecter ceci : si vous n'admettez l'intervention que quand les moyens médicaux ont échoué, et si vous répétez la laparotomie lorsqu'il y a du ballonnement, il serait plus simple de dire que l'entérotomie est le traitement unique de l'occlusion, car jamais vous n'aurez occasion de faire la laparotomie.

C'est là une erreur. Il y a nombre de cas où, soit à cause du siège de l'obstacle, soit pour un autre motif, le ballonnement est peu marqué, bien qu'il y ait d'autres symptômes graves; c'est dans ces cas que la laparotomie est indiquée. Elle l'était manifestement dans les deux observations suivantes.

Obs. II. — *Volvulus de l'intestin grêle à 3 mètres au-dessous du pylore. Pas d'intervention. Ventre plat. Mort au bout de quinze jours.*

Je fus appelé le 27 août 1882 à Auneau, pour pratiquer l'autopsie d'un homme de trente-quatre ans, M. Delp., que je n'avais pas vu pendant sa vie et qui venait de succomber après quinze jours d'occlusion intestinale.

Deux ans auparavant, étant employé au chemin de fer de Lyon, il a reçu dans le ventre un violent coup de tampon à la suite duquel il eut pendant plusieurs jours des douleurs avec vomissements et constipation.

Depuis il n'avait plus jamais eu de coliques et se portait très bien, lorsque le 10 août, à la suite d'un repas composé de choux et de pommes de terre, il fut pris brusquement de violentes coliques avec vomissements ; son médecin crut à une indigestion et donna de l'eau de sedlitz. — Le 11 août, le malade continue à vomir abondamment et il accuse dans sa bouche une odeur de matières fécales; on porte alors le diagnostic d'occlusion intestinale. Les jours suivants, les vomissements sont moins fréquents; pas de selles, pas de ballonnement du ventre.

Le 17 août, les vomissements deviennent franchement fécaloïdes, ils sont rares, ne reviennent guère que tous les deux jours, mais alors le malade vomit d'un coup un litre et plus de liquide fécaloïde. Jusqu'au 23 août, la langue reste humide, l'apyrexie était complète, non seulement le ventre n'était pas ballonné, mais il était plutôt aplati et on pouvait le palper profondément tout à son aise, il n'était pas douloureux ; l'état général était en apparence très bon. Dans la nuit du 23 au 24, délire, vomissements fécaux purs, extrémités froides, pouls filiforme. Mort le 25 août au soir.

Autopsie : Le péritoine est intact, il n'est pas enflammé et ne renferme

pas de liquide. Un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, il existe un volvulus de l'intestin grêle qui s'est produit autour d'une large bride allant du grand épiploon à l'intestin grêle. En ce point, l'anse intestinale s'est tordue d'un demi-tour sur elle-même, et forme une sorte de corde grosse comme un crayon sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Ce volvulus siège à 3 mètres au-dessous du pylore, à 2 mètres au-dessus du cæcum : le bout supérieur est rempli de matières fécales liquides, le bout inférieur est complètement vide. En détachant la bride et en faisant décrire un demi-tour à l'intestin, on fait de suite disparaître l'obstruction.

La laparotomie était manifestement indiquée ici et aurait eu toute chance de succès.

Obs. III. — *Volvulus de l'intestin grêle, siégeant à 15 centimètres du cæcum; pas du tout de ballonnement du ventre. Laparotomie le sixième jour; guérison.*

Mme Merc..., âgée de vingt-deux ans, n'ayant jamais eu le moindre trouble intestinal, fut réveillée brusquement dans la nuit du 24 au 25 octobre 1887 par une douleur en ceinture au niveau de l'épigastre. Cette douleur persista, puis dégénéra en colique occupant tout le ventre. Depuis ce moment, la malade n'a plus rendu par l'anus ni gaz ni matière, malgré les purgatifs et les lavements qui lui furent administrés. Le 25, paraissent des vomissements aqueux et alimentaires qui persistent le 26, deviennent bilieux le 27, commencent à sentir mauvais le 28 et deviennent franchement fécaloïdes le 29.

Le 29 octobre soir, je suis appelé auprès de la malade par son médecin, le Dr Martin. A ce moment, le pouls est très petit, irrégulier, à 140; la température vaginale est de 38°,5. Traits altérés, yeux excavés, langue humide. Le ventre n'est pas ballonné, il est même assez souple, sonore partout; le palper ne permet d'y sentir aucune partie indurée, le gros intestin paraît vide.

L'occlusion intestinale est évidente et l'absence de ballonnement me fait penser (à tort comme on le verra) qu'elle a lieu très haut ; toutefois l'aspect fécaloïde des matières est en contradiction avec ce siège élevé.

Nous donnons le soir un lavement avec deux siphons d'eau de seltz qui gonflent un peu plus le ventre et sont gardés une partie de la nuit.

Le lendemain, 30 octobre, l'état est à peu près le même, avec une certaine amélioration apparente cependant. Depuis le lavement gazeux, la malade n'a plus vomi, le pouls est à 96, la température vaginale à 38°,6. Le ventre est toujours souple, sans ballonnement véritable; il n'y a pas de selles.

La laparotomie est proposée, acceptée et pratiquée le soir même à cinq heures dans ma salle d'opération à l'hôpital de Chartres, avec l'assistance des Drs Amiot et Martin.

Chloroforme. Incision médiane allant de l'ombilic au pubis, et ensuite un peu prolongée par en haut sur le côté de l'ombilic. Pas trace de liquide péritonéal. Les anses de l'intestin grêle, modérément disten-

dues, sont rouges et tomenteuses, ainsi que le péritoine pariétal; les ganglions mésentériques sont tuméfiés et manifestement enflammés. En outre, çà et là, sur l'intestin, on trouve de petits grains cartilaginiformes, indices probables d'inflammations antérieures.

L'intestin grêle est examiné méthodiquement et j'arrive bientôt sur un paquet intestinal situé dans la fosse iliaque gauche et au-dessous duquel l'intestin est complètement vide. C'est un volvulus formé autour d'une bride ancienne très étroite et très tranchante, allant du bord libre de l'intestin grêle au mésentère. Dans sa torsion, l'anse intestinale appuie sur la bride en deux points distants de 10 à 12 centimètres l'un de l'autre; à ce niveau, l'intestin présente une profonde rainure blanche circulaire qui ne me paraît pas présenter de sphacèle, toutefois sur un point suspect je place un point de suture séro-séreuse. L'anneau inférieur de constriction est à 15 centimètres au-dessus du cæcum.

Je sectionne la bride et défais très aisément le volvulus. Puis je réduis facilement les anses intestinales sans les violenter et sans les contusionner. L'incision de la paroi abdominale est fermée par douze points de suture comprenant toute son épaisseur.

A son réveil, la malade souffre du ventre. Eau de sedlitz donnée par cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

31 octobre. — Selles extrêmement abondantes pendant la nuit et la journée. Pas de vomissements. Ventre souple, beaucoup moins douloureux. La malade prend du lait et du bouillon avec plaisir.

Les jours suivants, l'état s'améliore rapidement. La malade n'a plus vomi, elle va bien à la selle, elle est même prise de diarrhée que l'on est obligée d'arrêter avec du laudanum et qui nécessite certaines précautions dans le régime pendant les premiers jours. Enfin, pour être complet, je signalerai la formation d'un petit abcès de la paroi.

La malade sort de l'hôpital le 17 décembre, parfaitement guérie. Je l'ai revue plusieurs fois depuis; elle jouit d'une santé florissante, mais elle présente une éventration tenant sans doute en partie à ce que, immédiatement après sa sortie, elle s'est remise au travail des champs et a été prise de bronchite; cette éventration est d'ailleurs parfaitement maintenue par un bandage.

III. Il me reste à dire quelques mots du traitement consécutif.

Quand on a fait la laparotomie, la guérison est complète, le traitement est terminé, il n'y a donc rien à ajouter.

Mais si nous avons un anus iliaque, qu'allons nous faire? Allons-nous maintenir cette infirmité ou essayer de la supprimer? Si nous intervenons, quelle sera notre intervention?

Il serait tout à fait inexact de considérer l'entérotomie dans l'occlusion intestinale comme un pis aller devant fatalement aboutir à une infirmité permanente; s'il devait en être ainsi, à coup sûr la laparotomie, même avec ses dangers, serait cent fois préférable. Mais l'entérotomie n'est que le premier temps d'un traitement qui devra être aussi complet, aussi radical qu'une

laparotomie, mais qui atteint son but avec beaucoup plus de sécurité bien que d'une manière moins brillante. Après l'établissement de l'anus artificiel, deux choses peuvent arriver. Ou bien au bout de quelque temps on voit le cours des matières se rétablir, le plus souvent après plusieurs selles d'odeur gangreneuse qui indiquent que la partie étranglée s'est éliminée spontanément; on n'a plus alors qu'à fermer l'ouverture anormale. Ou bien l'obstruction persiste, et l'on pourrait alors pratiquer la laparotomie médiane, qui présenterait infiniment plus de chances de succès qu'au moment des accidents aigus; mais nous avons quelque chose de mieux à faire.

Je veux parler de l'exploration de la cavité abdominale avec le doigt introduit dans l'anus artificiel. C'est là une manœuvre que plusieurs d'entre vous ont sans doute pratiquée, car elle se présente naturellement à l'esprit; toutefois comme je ne l'ai vue mentionnée nulle part, je vous demande la permission d'y insister un peu.

Cette exploration, absolument sans danger, quand l'anus est constitué depuis un temps suffisant, est d'une facilité extrême: elle permet d'arriver aisément et directement sur les différents organes abdominaux que l'on veut explorer et que l'on sent aussi distinctement que dans une laparotomie, car en raison de la mobilité de l'intestin on peut se porter sur tous les points de l'abdomen.

Comme dans les autres touchers, on peut se servir de l'autre main placée sur la paroi abdominale; et ce palper bimanuel permet de mieux saisir les parties que l'on veut examiner.

Dans le traitement de l'occlusion intestinale cet examen va nous fournir des renseignements précieux qui pourront guider notre intervention ultérieure. Le doigt recouvert de la mince paroi intestinale nous permettra de sentir s'il existe des brides ou des indurations extérieures à l'intestin, si ces indurations sont mobiles et susceptibles d'être enlevées, en quel point elles siègent et par conséquent où l'incision de la paroi doit être faite, enfin si les ganglions sont envahis.

Il nous permettra également de sentir si les deux bouts d'intestin qui sont accessibles au doigt présentent une lésion dans leur paroi ou dans leur cavité, et dans ce cas nous pourrons préciser la nature de la lésion, ses dimensions, le degré de rétrécissement qu'elle occasionne. Il semblerait même possible (mais ici je ne parle qu'*a priori*) d'attirer au dehors avec le doigt un polype, un corps étranger, ou même un anneau mobile cicatriciel ou cancéreux et d'en opérer la cure par l'ouverture artificielle.

J'ajoute que l'exploration des deux bouts de l'intestin peut se

faire bien plus loin que ne semblerait l'indiquer la longueur du doigt, car la paroi abdominale se déprime facilement et le doigt peut pénétrer profondément dans l'intestin qui se plisse et s'invagine.

Je termine en résumant ma communication dans les trois conclusions suivantes :

1° On interviendra chirurgicalement dans l'occlusion intestinale, seulement après avoir employé les moyens médicaux et lorsque l'état du malade montrera qu'on ne peut plus attendre sans danger;

2° C'est le ballonnement du ventre qui servira de guide dans le choix de l'opération : entérotomie s'il est considérable, laparotomie s'il est modéré ou s'il manque;

3° En cas d'entérotomie, l'exploration de la cavité abdominale et des deux bouts de l'intestin avec le doigt porté dans l'anus artificiel donnera des indications précieuses sur la conduite à tenir ultérieurement.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Appareil destiné à suspendre et à écarter les membres inférieurs pendant les opérations portant sur la région périnéale.

Par le D. A. Reverdin (de Genève).

Une des principales difficultés qui accompagnent les interventions portant sur les parties génitales de l'homme et de la femme, consiste en ce que ces parties sont protégées et en quelque sorte masquées par le rapprochement des cuisses.

Parmi les nombreux appareils qui ont été proposés pour parer à cet inconvénient, il n'en est point qui ne présente quelque grave défaut.

Les uns composés de montants fixés au bord inférieur de la table, sont très gênants pour les aides; d'autres ne retiennent que les pieds, ce qui nécessite la présence de deux assistants pour maintenir les genoux de la malade. Greenhalgh a eu l'heureuse idée de se servir de deux tiges creuses rentrant l'une dans l'autre et pourvues à leurs extrémités opposées de colliers de cuir faciles à fixer solidement aux genoux de l'opérée.

Ces tiges se placent horizontalement, la malade étant couchée, puis on les fait glisser l'une dans l'autre de façon à écarter les cuisses autant qu'on le juge nécessaire. Cet écartement permanent est fort commode, et ménage un très bon jour à l'opérateur, mais encore faut-il que l'appareil soit retenu par une courroie fixée soit autour des épaules de la malade, soit à la table; sans cette précaution, les membres inférieurs retomberaient en avant. Or cette courroie qui prend point d'appui sur le cou a pour effet de fléchir la malade, de la plier en deux pour ainsi dire, ce qui n'est pas sans danger pendant la narcose. J'ai pensé qu'il y avait mieux à faire et, me servant de l'appareil à suspension que j'emploie pour l'hystérectomie totale par la voie abdominale, j'y ai adapté une barre horizontale mobile en tous sens et pourvue sur toute sa longueur de deux séries de dents.

Ces dents, à partir du milieu de la barre, se dirigent en sens inverse jusqu'à ses extrémités et constituent une sorte de crémaillère sur laquelle glissent aisément deux boucles d'acier auxquelles sont fixés de forts anneaux de caoutchouc.

Ces anneaux sont destinés à être passés autour des jarrets de l'opérée et à les tenir suspendus pendant toute la durée de l'opération. En combinant la traction verticale et l'écartement horizontal, on obtient exactement la position la plus favorable, et la malade ainsi placée ne peut faire aucun mouvement important.

En outre, ces supports en caoutchouc sont fort bien tolérés par les malades et ne gênent en rien les assistants.

Ceux-ci n'ayant plus à s'occuper de maintenir les talons ou les genoux, ont les deux mains libres, et peuvent fournir par conséquent

une aide beaucoup plus effective. Dans plusieurs opérations, le chirurgien peut tout faire lui-même, il n'a pour cela qu'à disposer à sa gauche une cuvette remplie de solution sublimée pour le lavage de ses mains; au-dessus de lui une douche pour irriguer le champ opératoire et à sa droite les instruments.

Il peut de la sorte opérer à peu près seul colporraphies, périnéorraphies, hémorroïdes, taille périnéale, etc.

On pourrait craindre à première vue que l'appareil se déplace trop aisément; il n'en est rien, le poids des jambes est suffisant pour lui donner une grande fixité, surtout lorsque la malade est endormie.

Plan incliné portatif pour les opérations abdominales.

Par le Dr Maurice Péraire, ancien Interne des hôpitaux de Paris.

Nul ne peut nier que les opérations abdominales sont de beaucoup facilitées par la position que l'on donne aux malades.

Cette position consiste à soulever fortement le bassin et à le maintenir très élevé par la suspension des malades à l'aide de leurs genoux fixés sur une sorte de chevalet. De cette façon, toute la masse intestinale abandonne le pelvis, se place sous le diaphragme, et le chirurgien n'étant plus gêné ni par l'intestin, ni par l'épiploon, peut intervenir le mieux du monde sur l'utérus, sur ses annexes, ainsi que sur la vessie, le rectum, etc.

Mais il n'existait pas d'appareil commode, facile à manier, léger, portatif, pouvant être fabriqué à très bon compte par le premier serrurier venu, pouvant être placé sur une table quelconque, transformant ainsi cette table en un excellent lit opératoire, et pouvant enfin se prêter à toutes les inclinaisons possibles.

Le lit de Trendelenburg, dont on se sert habituellement dans le service du prof. Guyon à l'hôpital Necker, est d'un prix élevé, et ne peut être facilement manié.

Celui du Dr H. Delagenière (du Mans) est élégant, commode, facile à nettoyer. Son seul défaut est de ne pouvoir donner qu'une inclinaison de 45 degrés et de faire corps avec la table opératoire.

L'ancien lit de Mariaud, que le prof. Terrier et le Dr Hartmann ont longtemps utilisé à l'hôpital Bichat, est lourd, disgracieux, compliqué, et ne donne qu'une inclinaison tout à fait insuffisante. Disons que ce lit, dans le principe, n'avait pas été construit pour servir de plan incliné; et que de là vient la difficulté de sa transformation et de son appropriation nouvelle.

C'est pour combler cette lacune que nous avons fait construire le plan incliné suivant (fig. 32) que nous présentons au Congrès de chirurgie.

Il se compose de trois échelles métalliques A B C D, D C F G et F G E H articulées les unes sur les autres (fig. 33).

La table à laquelle nous donnons la préférence et sur laquelle nous

plaçons habituellement le plan incliné a une longueur de 1 m. 57, une hauteur de 0 m. 68, et une largeur de 0 m. 53 cent. 1/2.

L'échelle A B C D constituant la partie inférieure du plan incliné présente 1 m. 50 de longueur, l'échelle C D F G, 0 m. 85 de longueur. et l'échelle F G E H, 0 m. 65 de longueur. Chacune d'elles a une largeur de 0 m. 43.

L'échelle A B C D présente dans une de ses moitiés (partie A B E H une série d'encoches permettant à l'échelle F C E H de se placer indifféremment aux points E, E' E'' E''', et laissant ainsi l'opérateur libre de faire varier l'angle dièdre E F D et par conséquent l'inclinaison du plan.

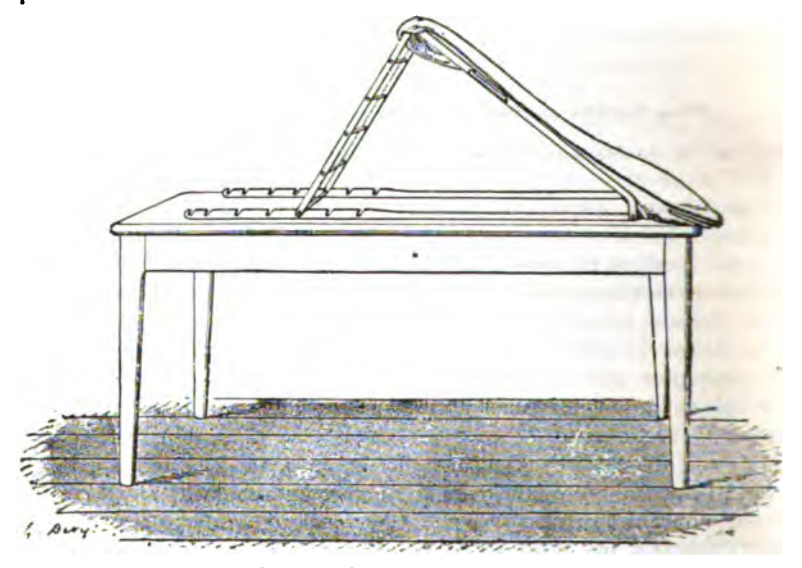


Fig. 32. — Plan incliné avec ses accessoires.

Pour rendre moins dur le plan incliné, nous avons placé sur l'une des échelles, celle sur laquelle reposent le tronc et les cuisses des malades, un simple feutre recouvert de caoutchouc blanc facile à laver.

Les jambes des malades sont attachées sur l'échelle F G E H; les genoux sont en F G et la tête en C D. En ce dernier point, nous plaçons un petit coussin de crin mobile recouvert aussi de caoutchouc; ce coussin est destiné à soutenir la tête des malades.

Tout l'appareil est peint d'une couleur vernissée blanche; il peut par conséquent être facilement nettoyé avec une éponge ou une compresse trempée dans une solution antiseptique, après lavage à l'eau et au savon.

Lorsque l'appareil est complètement étendu, six poignées P P P, etc., permettent de transporter la malade sur l'appareil même jusqu'à son lit.

Enfin, pour le transport en ville, l'échelle A B C D de la figure 33 est brisée aux points E et H et peut se replier sur elle-même; les autres échelles se

rabattant par-dessus, on obtient un appareil dont les dimensions sont des plus réduites (fig. 34), et qui par conséquent n'est nullement embarrassant.

Ce plan incliné dont se servent à l'hôpital et à la maison de santé de

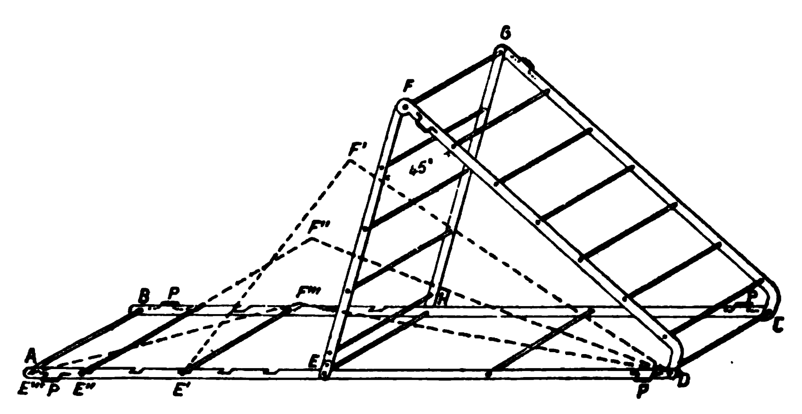


Fig. 33. — Échelles métalliques se rabattant les unes sur les autres et se prêtant à toutes les inclinaisons voulues.

la rue Bizet nos excellents maitres, MM. Terrier et Quénu, ainsi que

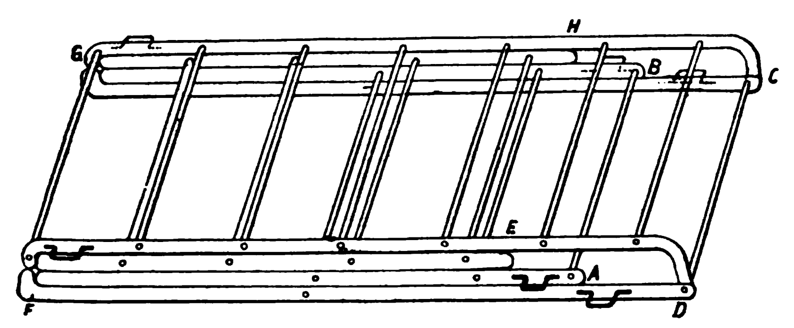


Fig. 34. — Plan incliné fermé.

MM. Tuffier, Perier et Hartmann pour presque toutes leurs opérations abdominales, a été construit sur nos indications par M. Herbet.

En résumé, ainsi que nous l'avons fait observer, il nous parait avoir le mérite d'être facilement maniable, de pouvoir être placé sur la première table venue, d'être facile à nettoyer, de pouvoir se prêter à toutes les inclinaisons possibles sans aucune difficulté, et enfin de servir, grâce à sa légèreté, à transporter les malades dans leur lit quand l'opération est terminée.

Modification de la sonde de Cusco,

Par le Dr E. Desnos (de Paris).

M. Cusco a fait construire il y a quelques années une sonde métallique dont les deux extrémités, rigides, sont reliées par un ressort spiral qui donne une grande flexibilité à l'instrument. Celui-ci rend des services dans certains cas; mais l'engagement du bec n'est guère facilité par cette disposition, car toute la partie terminale conserve sa rigidité.

J'ai prié M. Collin de construire une sonde métallique dans des conditions analogues, mais en portant la partie souple, faite d'un ressort spiral d'acier, le plus près possible de l'extrémité vésicale. La partie rigide est ainsi très courte et s'arrête à l'œil de la sonde. La disposition est celle d'une sonde à petite courbure, de celles dont on se sert pour l'évacuation des débris après la lithotritie : la partie flexible de la sonde permet à ce bec court de glisser sur les saillies et les irrégularités prostatiques et de pénétrer dans la vessie.

Le manque de rigidité de l'instrument dans son ensemble rendait quelquefois difficile le passage du bec au delà de la région membraneuse, car faute de direction, il peut buter dans le cul-de-sac du bulbe; aussi ai-je fait construire un mandrin qui lui donne toute la rigidité d'une sonde métallique ordinaire jusqu'à la pénétration dans la prostate. A ce moment, on retire le mandrin et l'instrument retrouve sa flexibilité.

Malgré la facilité avec laquelle l'instrument pénètre le plus souvent, il ne faut pas oublier qu'il peut être offensif; aussi devra-t-on, pendant toute la durée des manœuvres, apporter la plus grande douceur et les précautions nécessaires pour tout cathétérisme métallique.

Urétrotome,

Par le Dr E. Desnos (de Paris).

Dans une précédente communication, j'ai insisté sur la nécessité de pratiquer des urétrotomies complémentaires pour achever le traitement de certains rétrécissements. L'instrument que je présente ici s'adresse surtout à ces sortes de strictures, comme l'urétrotome de Civiale que je me suis proposé de rendre plus pratique et plus précis. La réalisation m'en a été rendue facile, grâce à un ingénieux dispositif de l'urétrotome d'Albarran, que je n'ai eu qu'à reproduire pour permettre à la lame de rentrer tout entière dans la rainure de la tige.

On sait que l'urétrotome de Civiale consiste en une lame cachée dans la rainure d'une boule terminale; celle-ci permet de reconnaître la saillie du rétrécissement; on fait alors sortir la lame, qui permet de sectionner le rétrécissement d'arrière en avant. Cet instrument présente une certaine précision, mais il serait nécessaire de posséder un grand nombre de modèles divers pour que des boules terminales, de grosseur variable, pussent correspondre exactement au diamètre des divers rétrécissements.

Si la saillie terminale est trop grosse, on ne dépasse pas l'obstacle; si elle est trop petite, on la méconnaît ou bien on ne fait pas porter la section sur le point rétréci et sur lui seul.

C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai prié M. Collin de construire l'instrument dont la figure est représentée ci-contre. Au niveau de la saillie de la lame d'un urétrotome d'Albarran, j'ai fait pratiquer un pas de vis sur lequel des olives métalliques, correspondant aux divers numéros de la filière, peuvent successivement être fixées. Chacune d'elles présente une fente longitudinale qui permet à la lame de saillir à son niveau et de se développer. Enfin un cadran, au-devant duquel se meut une aiguille, indique à chaque moment l'étendue de la saillie de la lame;

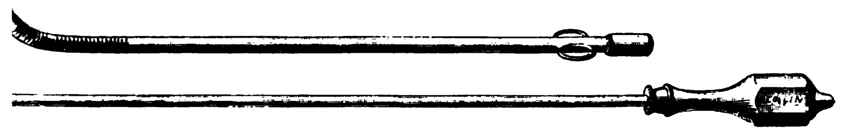


Fig. 35.

on peut ainsi bien mesurer la profondeur à donner à l'incision. L'instrument, entièrement métallique, est facile à démonter et à stériliser.

Le manuel opératoire de l'urétrotomie pratiquée avec cet instrument se comprend aisément. On introduit une bougie conductrice avec les précautions d'usage; on a préalablement exploré minutieusement

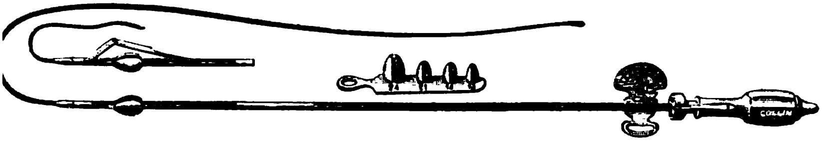


Fig. 36.

l'urètre et on connaît le diamètre du rétrécissement à inciser; une olive correspondant exactement au rétrécissement est fixée sur l'urétrotome, et celui-ci, sur lequel on visse la bougie conductrice, est introduit dans l'urètre; un léger ressaut indique que l'obstacle est franchi. On ramène alors l'instrument en avant par une traction douce, et grâce à la saillie abrupte du talon de l'olive, on se sent toujours très nettement arrêté par le rétrécissement; c'est alors qu'en imprimant au manche de l'instrument un mouvement de rotation, on donne à la lame une saillie dont on connaît les progrès en suivant des yeux les mouvements de l'aiguille sur le cadran. On n'a plus alors qu'à attirer l'instrument en avant et la section s'opère; il est facile d'agir sur telle paroi que l'on veut de l'urètre.

La précision de l'incision est assurée, non seulement grâce aux dispositions que l'on vient de voir; mais, de plus, l'olive étant, non pas aplatie mais circulaire, remplit exactement le rétrécissement, met la muqueuse en tension, et ne permet pas à la lame de glisser sur elle sans l'intéresser.

On peut, bien entendu, dans une même séance, sectionner tous les rétrécissements que présente un urètre, en ayant soin de substituer les unes aux autres des olives d'un diamètre convenable. Il est également possible de donner à la section la profondeur qu'on veut, mais j'ai cherché à démontrer dans une précédente communication qu'il était prudent de procéder par *opérations successives*, et de faire en sorte que la lame ne dépasse jamais de plus d'un millimètre la circonférence de l'olive.

Appareil pour stériliser les instruments de chirurgie,

Par le Dr Mally (de Paris).

L'appareil que nous avons l'honneur de vous présenter est destiné à stériliser les instruments de chirurgie et une grande partie des objets de pansement.

Le procédé consiste à immerger directement les objets à stériliser dans un liquide chauffé à une haute température maintenue constante.

Pour plus de clarté, nous envisagerons séparément l'appareil et le procédé.

L'appareil ne présente rien de bien particulier. C'est une casserole en cuivre à double paroi fermée par un couvercle articulé et chauffée par une rampe à gaz. L'espace clos représenté par la double paroi est rempli par de la glycérine, et la cuve intérieure contient de la glycérine également en quantité suffisante pour immerger les objets que l'on veut stériliser.

Cette disposition en deux cavités indépendantes a pour but d'obtenir dans le bain une température très uniforme, et d'éviter la diffusion dans l'atmosphère de la salle où l'on opère des vapeurs de glycérine dont l'odeur pourrait être gênante.

En effet la glycérine chauffée à feu nu est comprise dans l'espace clos de la double paroi; celle qui est contenue dans la cuve s'échauffe plus lentement par conductibilité, et les vapeurs qu'elle émet se condensent à la surface du couvercle qui est plus froid que le reste du système. Le débit de la rampe à gaz est réglé par un régulateur de d'Arsonval, dont l'emploi est aujourd'hui suffisamment répandu pour que nous n'ayons pas à insister.

Le régulateur étant disposé pour donner une température déterminée et constante de 120 degrés par exemple, il suffit d'allumer la rampe à gaz et d'attendre que la température demandée soit atteinte : on en sera averti lorsqu'on verra la flamme de la rampe diminuer de hauteur et rester en veilleuse. Ce temps sera plus ou moins long suivant les dimensions de l'appareil. Pour l'appareil qui est devant vous, il faut environ trois quarts d'heure. Ce résultat atteint, l'appareil peut rester allumé indéfiniment sans que la température du bain oscille sensiblement. On pourra l'éteindre et le rallumer sans toucher au régulateur, le fonctionnement aura lieu chaque fois dans les mêmes conditions.

Le procédé consiste a immerger l'objet à stériliser dans le bain de glycérine, comme on le ferait pour un bain d'eau bouillante ; on le retire au bout d'un certain temps au moyen d'une pince flambée et on le plonge directement dans la cuvette d'eau tiède stérilisée destinée à être transportée à portée du chirurgien.

Ce procédé, qui a déjà été mis en pratique à Lyon par M. Poncet et par M. Lépine, nous paraît préférable aux autres procédés pour les raisons suivantes :

I. La grande conductibilité des liquides pour la chaleur permet de ne pas échauffer le milieu calorifique au delà de la température voulue pour être sûr de l'avoir atteinte, comme dans les étuves à air; on ne s'expose

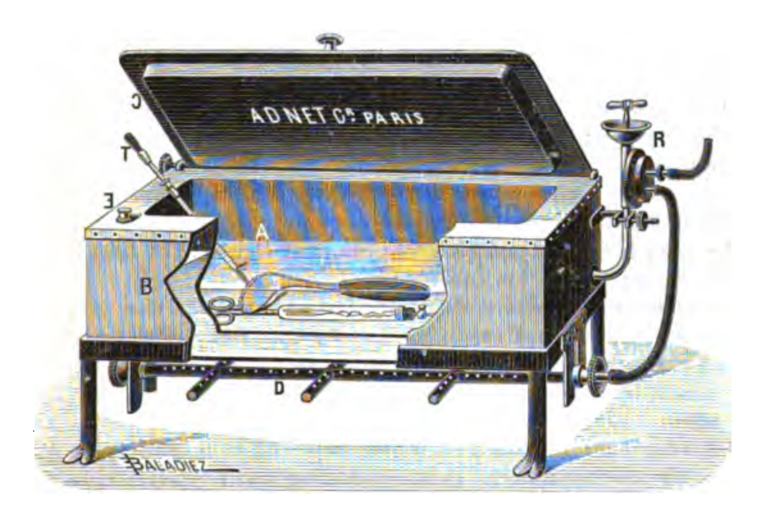


Fig. 37.

pas ainsi à détremper les instruments d'acier délicats tels que les bistouris et les aiguilles. D'un autre côté, et pour la même raison, on peut stériliser les tubes de caoutchouc, les sondes en gomme, les fils de soie et les crins de Florence.

II. Le contact de la glycérine n'altère pas le poli des instruments et les articulations des pinces comme l'eau bouillante.

III. Ce procédé est automatique et permanent ; avec l'autoclave au contraire on est obligé de procéder par opérations successives, ce dernier appareil ne peut être confié qu'à des personnes expérimentées.

IV. Enfin ce procédé peut être généralisé de façon à conserver des objets stérilisés dans le milieu même qui a servi à l'opération.

Voici des tubes qui contiennent des sondes urétrales, des tiges de laminaire, des fils, etc.; ils sont remplis de glycérine, fermés avec une membrane élastique qui permet au liquide de subir les variations de volume correspondant aux différences de température. Le tout, contenant et contenu, a été immergé pendant une demi-heure dans le bain de glycérine. Nous ferons remarquer en passant : qu'on peut se servir des

sondes en gomme directement sans être obligé de les lubréfier avant de les introduire dans l'urètre; du reste, le tube pourrait être rempli avec de l'huile.

La « marcheuse orthopédique »,

Par le Dr A. Petit, Médecin-major de l'armée.

J'ai l'honneur de présenter au Congrès de chirurgie un appareil de gymnastique orthopédique destiné à corriger les attitudes vicieuses de l'enfance et à traiter la scoliose au début, avant, naturellement, que la torsion osseuse de la colonne vertébrale et des côtés soit un fait accompli.

Description de l'appareil. — Cet appareil est essentiellement constitué par deux plans : l'un vertical, fixe; l'autre horizontal, mobile.

Le plan vertical se compose de deux hampes entretoisées, en haut et en bas, sur lesquelles tournent et coulissent deux tiges horizontales, de 0 m. 50 de longueur environ, qu'on peut fixer à différentes hauteurs.

Le plan horizontal est constitué par deux cadres : l'un fixe, formant bâtis; l'autre mobile, inscrit dans le précédent.

Le premier se compose de quatre traverses percées chacune, à leur partie moyenne, d'une ouverture. Sur les traverses supérieure et inférieure ces ouvertures reçoivent deux pivots autour desquels tourne le cadre mobile. Latéralement les traverses du bâtis portent une grosse vis terminée par un volant.

Le cadre mobile, qui est inscrit dans le précédent et constitue la partie essentielle de l'appareil, est composé aussi de quatre traverses. La supérieure et l'inférieure portent les pivots de rotation et de soutien; et les latérales sont percées, à égale distance, de sept ouvertures où sont fixés des tourillons à vis, sur la pointe desquels tournent des cylindres de bois.

Ce cadre peut monter ou descendre à volonté, au moyen d'une vis à ailettes placée sous la traverse inférieure : il tourne librement sur ses deux pivots. Enfin les deux volants à vis du cadre fixe l'arrêtent et le calent, à droite et à gauche, dans la position inclinée voulue.

But et fonctionnement de l'appareil. — En construisant cet appareil je me suis proposé :

1° *De défléchir le rachis;*

2° *D'abaisser l'épaule* saillante des scoliotiques;

3° *D'augmenter la musculature de leurs gouttières vertébrales,* surtout du côté de la déformation.

Pour atteindre le but, *je combine la marche à la suspension et à une attitude défléchie particulière que je fais prendre au sujet, pendant le travail.*

Pour se servir de l'appareil il faut, avant tout, donner aux cylindres une inclinaison plus ou moins grande d'arrière en avant et de haut en bas, au moyen de la vis à ailettes placée sous la traverse supérieure du cadre mobile.

Cette inclinaison antéro-postérieure, d'où dépend la rapidité de la

marche, est affaire d'appréciation et subordonnée à l'âge et à la résistance des sujets.

Le cadre étant ainsi, comment s'y prendre pour le traitement des scolioses qui est la raison d'être principale de l'appareil?

Supposons une gibbosité dorsale moyenne droite, qui est le cas le plus fréquent. Voici comment nous disposerons les choses :

Le cadre des cylindres sera placé sous une direction oblique de droite

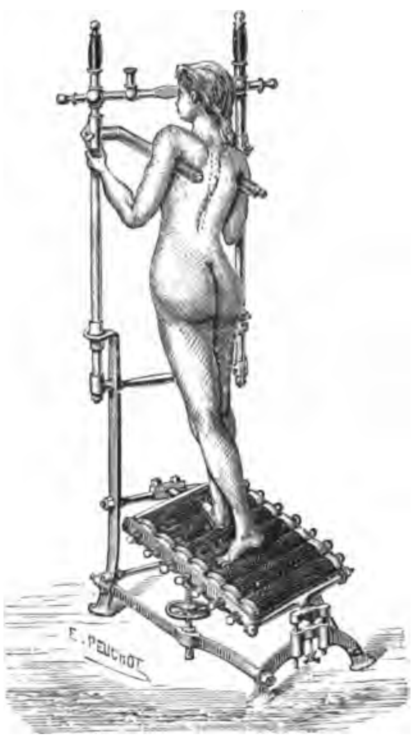


Fig. 38.

à gauche et de haut en bas, de manière que son bord le plus élevé soit du même côté que la gibbosité.

Dans cette position inclinée du cylindre, l'enfant, pour s'y maintenir en équilibre, sera obligé à rejeter le haut du corps à droite et, ce faisant, à *défléchir* sa colonne vertébrale.

C'est l'application du principe du tabouret de Volkmann.

Quand l'enfant est ainsi, dans cette *attitude défléchie*, je l'y maintiens *en le suspendant* sous les aisselles au moyen des tiges horizontales des montants. Ces tiges font office de tuteurs ; et j'ai bien soin de placer celle de droite plus bas que celle de gauche, *puisqu'il s'agit d'abaisser l'épaule droite.*

Ainsi le sujet est suspendu et son rachis redressé : alors je le fais marcher pour actionner les masses musculaires des gouttières rachidiennes,

celles surtout du côté droit qui, en raison de disposition du cadre et de la traverse droite des montants, sont plus énergiquement sollicitées à la contraction.

Si l'enfant est trop faible ou pusillanime, je le soutiens en lui passant sous les aisselles une large sangle (fixée sur l'entretoise supérieure des montants) qui complète la suspension assurée par les tuteurs.

Nous insistons sur cette double suspension, dont le but est de prévenir les effets fâcheux que pourrait avoir la marche libre sur le tassement de la colonne vertébrale. Sans la suspension, en effet, la marche, comme le saut, risquerait d'être plus nuisible qu'utile. Il importe donc de la bien assurer.

Tel est le mode de fonctionnement de la « marcheuse orthopédique » qui repose sur *la combinaison* des trois principes suivants : *déflexion, marche, suspension.*

Il n'est pas besoin de faire remarquer qu'à son action spécifique sur la colonne vertébrale viennent s'ajouter les bienfaits généraux de la gymnastique rationnelle sur l'ensemble de l'organisme.

La « marcheuse orthopédique » a été expérimentée à l'hôpital des enfants, et les premiers essais en sont très satisfaisants.

C'est, d'ailleurs, sur les conseils autorisés de M. le docteur de Saint-Germain, qui a bien voulu en étudier le fonctionnement dans son service, et du professeur Piéchaud, de Bordeaux, que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui cet appareil au Congrès de chirurgie.

TABLE DES MATIÈRES

Séance du vendredi 7 avril (soir).

Les tumeurs fibreuses de l'utérus (suite).

Séance du mercredi 5 avril (soir).

Question mise à l'ordre du jour : *Traitement chirurgical des affections tuberculeuses du pied.*

Séance du lundi 3 avril (matin).

Séance du lundi 3 avril (soir).

Séance du mercredi 5 avril (soir).

Séance supplémentaire du 7 avril (soir).

Séance du samedi 8 avril (matin).

Séance du samedi 8 avril (soir).

Présentation d'instruments.

TABLE ALPHABÉTIQUE

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.


St

